

Democratic Arabic Center
For Strategic, Political & Economic Studies

الإدمان على المخدرات : قراءة سيكولوجية

تأليف : د.سميرة علالقة



2025

المركز الديمقراطي العربي
الإدمان على المخدرات قراءة سيكولوجية





Drug Addiction
A Psychological Reading

Dr.Samira Allalgua





DEMOCRATIC ARABIC CENTER



المركز مؤسسة بحثية مستقلة تعمل فى إطار البحث العلى الأكاديمي والتحليلات السياسية والقانونية والإعلامية والاقتصادية حول الشؤون الدولية والإقليمية



2025



الـنــــــــاشـــــر:

المركز الديمقراطي العربي

للدراسات الاستراتيجية والسياسية والاقتصادية

ألمانيا/برلين

Democratic Arab Center

For Strategic, Political & Economic Studies

Berlin / Germany

المركز الديمقراطي العربي

للدراسات الاستراتيجية والسياسية والاقتصاديةألمانيا/برلين

البريدالإلكتروني book@democraticac.de





الكتاب : الإدمان على المخدرات: قراءة سيكولوجية

Drug Addiction

A Psychological Reading

رئيس المركز الديمقراطي العربي: أ. عمار شرعان

مدير النشر: د. تمار ربيعة – ألمانيا. برلين

تنسيق : د. ليلى شيباني

رقم تسجيل الكتاب: VR.3383-66863.B

الطبعة الأولى

2025م



الإدمان على المخدرات

قراءة سيكولوجية

د. سميرة علالقة

Drug Addiction

A Psychological Reading

Dr. Samira Allalgua

*2025*م

الإهـــداء

أهدي ثمرة جهدي إلى أمّي الغالية وأبي الغالي

إلى كلّ أخواتي البنات عفاف ، سمية ، زينب و إخوتي الذكور عماد ، سمير

إلى أبناء إخوتي الأعزاء ميار الجنة ومُحَّد إدريس ، ليث الإسلام ، مُحَّد الحسين و مُحَّد الحسن ، مرام

الجنة ، ملاك الجنة

إلى صديقتي الدكتورة **ليلى شيباني** على كلّ الدعم

إلى كلّ من ساعدني وشجعني على انجاز هذا العمل المتواضع

د. سميرة علالقة



فهرس المحتويات

العنوان	الصفحة
مقدمة	10
الفصل 1: مفاهيم حول الإدمان والمخدرات	11
1-نبذة تاريخية حول المخدرات	12
2-التطور القانوني للمخدرات في العالم	12
3-تعريف المخدرات	13
3-1-التعريف اللغوي	13
3-2-التعريف الإصطلاحي	13
3-3-التعريف العلمي	13
3-4-التعريف الإجتماعي	14
3-5-التعريف القانوني	14
3-6-التعريف الطبي	14
4-مفهوم الإدمان	14
الفصل 2: أصناف متعاطي المخدرات وتصنيفها	17
1-أصناف متعاطي المخدرات	18
1-1- المتعاطي المجرب	18
1-2-المتعاطي العرضي	18

1-3-المتعاطي المنتظم 1-4-المتعاطي القهري	18 18
2-تصنيف المخدرات 2-1-التصنيف الأول حسب طبيعتها و مصدرها 2-2-التصنيف الثاني حسب أثارها 2-3-التصنيف الثالث حسب اللون 2-4-التصنيف الرابع حسب الحجم	18 18 19 19 19
الفصل 3: أنواع المواد المخدرة والمعايير التشخيصية للإدمان على المخدرات	20
1- أنواع المواد المخدرة (الإدمانية) 1-1-الافيون ومشتقاته 1-1-1-الأفيون 1-1-2-المورفين 1-1-3-الحشيش(الماريجوانا) 1-1-4-القات	21 21 21 21 21 22
1-2-المنبهات (المثيرات) 1-2-1-الكوكايين 1-2-2-الأمفيتامين 1-2-3-المخدرات المهلوسة	22 22 23 23 24

1-2-4-المنومات	
2-المعايير التشخيصية للإدمان على المخدرات 2-1-معايير الإعتماد على مواد مخدرة حسب DSM4 2-2-التصنيف التشخيصي والإحصائي الخامس DSM5 2-3-المعايير التشخيصية للإدمان في CIM10	24 24 25 26
الفصل 4: أسباب إدمان المخدرات وشخصية المدمن	27
1-أسباب الإدمان على المخدرات 1-1-الأسباب التي تتعلق بالمادة نفسها 1-2-الأسباب المتعلقة بالمتعاطي نفسه 1-3-الأسباب البيئية	28 28 29 31
2- شخصية المدمن	32
الفصل 5: النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات وعلاقة الإدمان و PTSD	35
1-المقاربات المفسرة للإدمان على المخدرات 1-1-النظرية الوراثية 1-2-النظرية التحليل النفسي 1-3-النظرية السلوكية 1-4-النظرية التعلم الاجتماعي 1-5-النظرية المعرفية	36 36 36 37 37 38 38

1-6-النظرية الإجتماعية	
2- العلاقة بين الإدمان وحالة إجهاد ما بعد الصدمة	39
الفصل 6: الوقاية من الإدمان على المخدرات وعلاجها	40
1-الوقاية من الإدمان على المخدرات أ-الوقاية من المستوى الأول ب-الوقاية من المستوى الثاني ج-الوقاية من المستوى الثالث	41 41 41 41
2-العلاج 2-1-العلاج الطبي 2-2-العلاج النفسي 2-2-1-التحليل النفسي 2-2-2-العلاج المعرفي السلوكي 2-2-3-العلاج الاسري 2-2-4-العلاج المؤسساتي المتكامل 2-2-5-التأهيل والدمج الإجتماعي 2-2-6-المتابعة	42 42 42 42 43 43 44 44 44
الخاتمة	45
المراجع	46

المقدمة

أصبحت ظاهرة تعاطي المخدرات و إدمانها في هذا العصر ظاهرة تستوفي شروط الوباء ، نظرا لانتشارها وتوسعها الكبير ، خاصة مع ظهور طرائق جديدة للتعاطي والأخطر من ذلك انخفاض ين التعاطي مما يزيد من تعقيد الأمر ، فقد باتت من المواضيع الشائكة التي أثارت انتباه الباحثين النفسانيين و الاجتماعيين ،الأمن ، الاقتصاد ، العدل ، الطب... فهي معضلة خطيرة تهدد أمن المجتمع ومنظومة القيم والضوابط الأخلاقية للسلوك الاجتماعي بالإضافة إلى الأضرار التي تخلفها على متعاطيها ،و لما لها من أثار خطيرة على عقول المدمنين والمتعاطين للمخدرات على جميع الأصعدة نفسية وجسدية و اجتماعية وغيرها وبالتالي على الفرد و الأسرة والمجتمع ...

وتشير المؤشرات أن الجزائر لم تسلم من هذه الآفة الخطيرة ، فقد عرفت تزايد وارتفاعا غير مسبوق السنوات الأخيرة إذ أصبحت موقعا خصب لترويج هذه السموم القاتلة وذلك بسبب الإقبال الشديد عليها نتيجة التحولات التي تمر بها الجزائر سواء في الجانب الاقتصادي أو الاجتماعي ،مما جعلها تحتل المرتبة الأولى في ملفات البلاد للاهتمام بها والعناية بمتعاطيها ومدمنيها/ حيث أخذت الدراسات تقدم أبحاثا للحد من انتشارها ولإيجاد حل لها من خلال الوقاية بجميع مستوياتها والعلاج والتأهيل في حال الوقوع في إدمان المخدرات وهذا على جميع الأصعدة نفسيا ، اجتماعيا ،أمنيا ،اقتصاديا ، تربويا ، إعلاميا ، رياضيا...

وانطلاقا من ذلك سنحاول في هذا الكتاب التطرق إلى تاريخ و تعريف المخدرات و الإدمان ، والأسباب وتصنيفات المخدرات وأنواعها وبعض المقاربات النفسية حول إدمان المخدرات ومعايير تصنيف المخدرات حسب dsm5 وعلاقة اضطراب ضغط ما بعد الصدمة بالإدمان ، مع اقتراح سبل الوقاية والعلاج .

الفصل 1: مفاهيم حول الإدمان والمخدرات

1-نبذة تاريخية حول المخدرات

2-التطور القانوني للمخدرات في العالم

3-تعريف المخدرات

3-1-التعريف اللغوي

3-2-التعريف الإصطلاحي

3-3-التعريف العلمي

3-4-التعريف الإجتماعي

3-5-التعريف القانوني

3-6-التعريف الطبي

4-مفهوم الإدمان

1: نبذة تاريخية عن المخدرات:

ان المخدرات ليست وليدة هذا العصر بل قد عرفها الانسان منذ عصور ما قبل التاريخ فشاع استعمال بذور الخشخاش والقنب وأوراق الكوكا في العديد من الحضارات كالصين اليونان الرومان ، مصر والهند ، كما عرف الأفيون 7000 سنة قبل الميلاد كمادة العلاج بعض الأمراض كالمغص عند الأطفال وأصبح معالجا للأرق ، الإسهال ، التهاب الأعصاب أما في الهند فقد عرف في القرن 6 ميلادي وتعددت استخداماته بين التعاطي من ناحية والتطبيب من ناحية أخرى .أما القنب كان يستعمل 4000 سنة قبل الميلاد في آسيا وشمال غرب الصين ثم انتشر عبر العالم. و وصل إلى الهند 1500 سنة قبل الميلاد ، وقد توصل طبيب عربي إلى استخدام نبات الخشخاش كمنوم ومزيل للألم .بالنسبة للقات فقد اشتهر استعماله في منطقة جنوب البحر الأحمر خصوصا اليمن في حوالي القرن الرابع عشر ميلادي وكان يتم تعاطيه عن طريق مضغه. وكانت هناك علاقة بين استخدام المواد المخدرة القنب والكوكا) والطقوس الدينية ، اعتقادا منها أن تعاطي المخدرات يسهل لها عملية الاتصال بعالم الأرواح أو بالقوى الغيبية ، كما كان استهلاكها مقتصر فقط على فئة اجتماعية معينة ، فكانت الكوكا مخصصة للنخبة والكهنة والهيئة الحاكمة ، وكانت محرمة على بقية الشعب خاصة النساء. أما في الجزائر فإن بعض الدراسات أشارت إلى أن معرفة الجزائريين بالمخدرات تعود إلى ما قبل الاحتلال الفرنسي معتمدة على رواية للرحالة هايزيش فون مالستان التي تحمل عنوان "مدخنوا الحشيش في مدينة الجزائر وما يدعم هذا الطرح هو انتشار زراعة الحشيش في كافة أنحاء الدولة العثمانية أين كان يستعمل كعرق ، وبعد قدوم الاستعمار الفرنسي أدخل ما يعرف بالأبسنت الذي يحدث سكرا شديدا خاصة إذا لم يمزج بالماء ، كما أن الحشيش لم يكن ممنوع من الناحية القانونية في تلك الفترة حيث كان الجزائريون يتعاطونه في المقاهي وبعد الاستقلال أصبحت الجزائر تعد من الدول التي تعاني من ظاهرة المخدرات التي ألقت بظلالها على المجتمع الجزائري خاصة طاقاته الشبانية ، وقد سجل أول إنذار سنة 1975 بعد حجز 3 طن من القنب.(حيمر زليحة ، بدون تاريخ ، ص 3).

2: التطور القانوني للمخدرات في العالم:

أول قانون صدر لمعالجة مشكلة المخدرات كان في دولة مصر وذلك لانتشار ظاهرة تعاطي الحشيش فيها منذ أواخر القرن التاسع عشر فصدر في سنة 1884 أمر عدل في 1891 وفبراير 1905 وتضمنت أحكامه منع زراعة الحشيش ، وتحريم الحشيش وبيعه أو مجرد إحرازه أو الشروع في إدخال الحشيش للبلاد وفرض لذلك عقوبة هي الغرامة التي تصل إلى عشرة جنيهات على كل كيلو غرام وعقدت عدة مؤتمرات دولية للحد من انتشار هذه الآفة خاصة مؤتمر شنغهاي سنة 1909. حضرت أعماله في محاولة الحد من انتشار الأفيون ومشتقاته ، وتم إبرام معاهدة لاهاي التي احتوت على العديد من المبادئ العامة التي كانت القاعدة الأساسية لكل الإجراءات التشريعية على النطاقين الدولي والمحلي وبموجبها اتخذت خطوات تشريعية للسيطرة والحد من انتشار المخدرات .وكذلك اتفاقية جنيف المنعقدة عام 1924 بحضور 36 دولة والغرض من عقدها هو مكافحة التهريب

وسوء استعمال المواد المخدرة أما في سنة 1961 عقدت أهم اتفاقية لمكافحة الاتجار غير المشروع بالمخدرات وصولا إلى الاتفاقية الوحيدة للمخدرات والتي أخذت قوانين الدول أحكامها وتضمنت هذه الاتفاقية. 1 :التحريم الدولي لإنتاج الأفيون والكوكايين والقنب لغير الأغراض الطبية والعلمية. 2. إنشاء هيئة الرقابة الدولية على المخدرات وهي تابعة لهيئة الأمم المتحدة .3 .وضع تنظيم شامل للتجارة الدولية ، هدفه السيطرة على الحركة المشروعة للمواد المخدرة تسربها إلى الأسواق غير المشروعة .أما في الجزائر فإن الدولة اتجهت إلى اتخاذ الإجراءات اللازمة للحد من الظاهرة على غرار تنصيب الديوان الوطني لمكافحة المخدرات سنة 2002 الذي كان تبعا في بداية الأمر للرئيس ثم الحق بوزارة العدل سنة 2006. كما تم إصدار القانون 04/18 المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والا تجار الغير مشروع بها(حيمر زليحة ، بدون تاريخ ، ص 4).

3- تعريف المخدرات:

3-1-التعريف اللغوي:

كلمة مخدرات مشتقة لغويا من من خدر و إختدر وتخدر ، والخادر هو الفاتر الكسلان ، والخدر تشنج يصيب العضو فلا يستطيع الحركة ، وهو الستر والتضليل والتعتيم والغموض والفتور والكسل (مضلوم مُحَمَّد جمال ،2012، ص05).

3-2-التعريف الاصطلاحي:

تعرف المخدرات بأنها المادة لتي يؤدي تعاطيها إلى حالة خدر كلي أو جزئي مع فقدان الوعي أو دونه وتعطي هذه المادة شعورا كاذبا بالنشوة والسعادة مع الهروب من عالم لواقع إلى عالم الخيال ، وهي كل مادة تؤدي إلى افتقاد قدرة الإحساس لما يدور حول الشخص المتناول لهذه المادة أو النعاس أو النوم لاحتواء هذه المادة على مركبات مضعفة أو مسكنة أو منبهة و إذا تعاطاها الشخص بغير استشارة الطبيب المختص تضره نفسيا و جسميا و اجتماعيا (الصرايرة خالد ،2008، ص4).

3-3-التعريف العلمي:

المخدرات مادة كيمياوية تسبب النعاس والنوم أو غياب الوعي المصحوب بتسكين الألام ويعرف أيضا بأن المخدر مادة تؤثر بحكم طبيعتها الكيمياوية في نفسية الكائن الحي أو وظيفته ، و تعرف أيضا بان المخدر مادة تؤثر على الجهاز العصبي المركزي و يسبب تعاطيها حدوث تغيرات في وظائف المخ وتشمل هذه التغيرات تنشيط أو إضطراب في مراكز المخ المختلفة تؤثر على مراكز الذاكرة والتفكير والتركيز والمس والبصر والذوق و الإدراك والسمع والنطق (مروك نصر الدين ،2007، ص18) .

3-4-التعريف الإجتماعي:

هي كل مادة طبيعية أو صناعية أو كيميائية تؤدي خواصها لتكون ظاهرة الإحتمال والتعود والإدمان وتؤدي لحالة من الهدوء والنوم والإسترخاء أو النشاط والإنتباه والهلوسة ، ويؤدي الإمتناع عنها ظهور أعراض مرضية نفسية وجسمية خطيرة على الفرد والمجتمع (بن النوي ،2020 ،ص30) .

3-5-التعريف القانوني:

هي مجموعة من المواد التي تسبب الإدمان وترهق الجهاز العصبي ويتم تحضيرها وتداولها و زراعتها أو صنعها إلا لأغراض يحددها القانون و لا تستعمل إلا بواسطة من يرخص له بذلك ، و قد ورد في المادة 02 من القانون الجزائري المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الإستعمال والإتجار غير المشروعين بها أن المخدر كل مادة إصطناعية من المواد الواردة في الجدولين الأول والثاني من الإتفاقية الوحيدة للمخدرات سنة 1961 بصيغتها المعدلة بموجب بروتوكول 1972 (وزارة العدل ،2005 ،ص29) .

3-6-التعريف الطبي:

المخدرات تعني تلك المواد الطبيعية والمحضرة الكفيلة بإحداث تغيير في النشاط الذهني ذات التأثير السيكولوجي والفيزيولوجي ، وهي صنفين المباحة وهي عموما الادوية المتوفرة لدى الصيدليات لأغراض طبية ، والمخدرات المحظورة وهي إما نبات طبيعي كالحشيش أو القنب الهندي أو محضرة كالكيف المعالج ،وهي تستعمل للإدمان قصد التغيير في النشاط الطبيعي للذهن (سعيدة دريفل ،2011 ، ص 27).

4- مفهوم الإدمان:

ظهرت عدة مفاهيم للإدمان من طرف الباحثين والعلماء والمؤسسات العلمية قبل التوصل إلى توافق في الآراء حول تعريف إدمان المخدرات وهنا سنقدم مجموعة من المفاهيم:

- **المفهوم الحديث للإدمان المعتمد في الدلائل التشخيصية** ، والذي حل محل مصطلح معاقرة الخمر والتبعية للمخدرات ، يكمن في عدم القدرة القهرية على التحكم في سلوكيات ، تتضمن الحصول على المتعة أو إزالة الشعور بعدم الراحة ، إلى جانب إستمرار القيام بالفعل رغم إدراك الشخص بعواقبه السلبية ، والمقاربة الجديدة للإدمان تركز على سلوك المستهلك والسياق الذي يحدث فيه بدل التركيز على المادة المخدرة و تأثيرها. (لعزازقة حمزة ،2022 ، ص32).
- و يعرف **القاموس الأمني الإدمان على المخدرات** بأنه الإدامة والإستمرار أو الملازمة من غير إنقطاع على المخدر ،أما زهران فيعرف الإدمان عل المخدرات بأنه " إعتماد فيزيولوجي نفسي ، لهفة و إعتياد وإستخدام قهري وتعاطي متكرر لعقار طبيعي أو إصطناعي ، ويؤثر على الجهاز العصبي ، وإذا منع أدى إلى أعراض المنع"(زهران في بن غرم الله المالكي ،2005).
- و في تعريف أخر **الإدمان** هو التعاطي المتكرر لمادة نفسية أو لمواد نفسية ، لدرجة أن المدمن يكشف عن إنشغال شديد بالتعاطي ، كما يكشف عن عجز أو رفض للإنقطاع ، أو لتعديل تعاطيه ،

وكثيرا ما تظهر عليه أعراض الإنسحاب ، إذا ما إنقطع عن التعاطي ، وتصبح حياة المدمن تحت سيطرة التعاطي ، على درجة تصل إلى إستبعاد أي نشاط أخر ، ومن أهم أبعاد الإدمان ما يأتي: (مصطفى سويف، 1992).

- ميل إلى زيادة جرعة المادة المتعاطاة وهو ما يعرف بالتحمل.
- و إعتماد له مظاهر فيزيولوجية واضحة.
- حالة تسمم عابرة أو مزمنة.
- رغبة قهرية قد ترغم المدمن على محاولة الحصول على المادة النفسية المطلوبة بأية وسيلة.
- تأثير مدمر على الفرد و المجتمع.

▪ عرف **الإدمان على المخدرات** أيضا على أنه " على أنه حالة نفسية تنتج من تفاعل الفرد مع العقار أو الإعتماد عليه و من نتائجها ظهور خصائص تتسم بأنماط سلوكية مختلفة تشمل دائما الرغبة الملحة في تعاطي العقار بصورة مستمرة أو دورية للشعور بإثارة النفسية والعضوية تجنب الأثار المهددة أو المؤلمة التي تنتج عن عدم توفره وقد يدمن المتعاطي على أكثر من مادة واحدة و الأنواع التي تحدث إدمانا هي الكحوليات والمخدرات مثل الأفيون ومشتقاته والكوكايين والحشيش والعقاقير المختلفة المنشطة والمنومة (حسن فايد ،2006 ،ص39).

▪ تعرف **منظمة الصحة العالمية OMS الإدمان** بأنه " مجموعة من الظواهر النفسية والمعرفية والسلوكية التي تتطور بعد تكرار تعاطي المخدرات و تتضمن رغبة قوية في الحصول على المخدر ، وهنا يواجه الفرد صعوبة على التعاطي و يسير على الإستمرار فيه بالرغم من الأذى المتواصل ويعطي الأولوية لتعاطي المخدر أكثر من أي نشاط أخر و أكثر من إلتزاماته الشخصية ويصبح هنالك زيادة في التحمل" (الحمادي ،2015).

▪ يقصد بمصطلح **الإدمان** تكرار تعاطي المواد المخدرة الطبيعية (أصلها نباتي) أوالمصطنعة (مواد نباتية تم تصنيعها) او أدوية (أدوية ذات تأثير نفسي) وتعود الشخص عليها لدرجة الإعتماد بمعنى أخر صعوبة الإقلاع عنها مع حاجة الجسم من فترة إلى أخرى إلى زيادة الجرعة فتصبح حياة المدمن تحت سيطرة هذه المادة ، و في حالة الإقلاع تظهر على المدمن حالات إنسحابية مختلفة (عجز في الحركة مغص عدم القدرة على التركيز تشنجات عضلية) (دردار ،2005 ،ص21).

▪ كما عرفه عبد المعطي (2006 ،ص118) بأنه حالة نفسية وأحيانا عضوية تنتج عن تفاعل الكائن الحي مع العقار ومن خصائصها استجابات و انماط سلوكية مختلفة تشمل دائما الرغبة الملحة في تعاطي العقار بصورة متصلة أو دورية للشعور بأثاره النفسية أو لتجنب الأثار المزعجة التي تنتج عن عدم توفره.

- كما ينظر للإدمان على أنه تعاطي المواد الضارة طبيا و إجتماعيا وعضويا بكميات أو جرعات كبيرة ، ولفترات طويلة ، تجعل الفرد متعودا عليها وخاضعا لتأثيرها ، و يصعب أو يستحيل عليه الإقلاع عنها. والإدمان قد يكون إدمانا على الخمر والمسكرات أو غدمانا على المخدرات أو حتى بعض الأدوية العقاقير ، ولكنه في كل الأحوال أكثر تعقيدا من مجرد الإشتهاء الجسمي ، لأنه يؤثر على أجهزة الجسم وبخاصة على الجهاز العصبي والتنفسي للإنسان (المهندي ،2013، ص 48).

- يقود الإدمان إلى التحمل ، الإنسحاب ، والإعتماد على العقار النفسي والجسدي:

أ- **التحمل:** يتضمن حاجة الفرد إلى الزيادة في كمية المخدر المأخوذة ، حتى يحصل على التأثير المرغوب فيه ، والذي كان يحصل عليه سابقا (Bégue,2014,P18).

ب-**الإنسحاب:** تشير إلى إستجابات عضوية تحدث مباشرة بعد توقف الشخص عن تعاطي العقار مثل :الغضب ، النرفزة ، الإستثارة السريعة ، الضعف العقلي ،زيادة سرعة التنفس ، الإستفراغ ، الإسهال ،حالات متبدلة من البرد الشديد إلى إفراز العرق وغيرها (موسى ،2001، ص 316).

ث- **الإعتماد على العقار النفسي:** يخص الحالة التي تتضمن كل إنقطاع أو إنقاص في الجرعة بطريقة غير تدريجية للعقار والتي ينتج عنها أعراض مثل عدم الإرتياح ، القلق ، الخوف ، والذي يولد رغبة شديدة في تعاطي العقار إلى الراحة النفسية والتخلص من القلق والخوف والتوتر(Bégue,2014,P19).

ح- **الإعتماد الجسمي:** ينتج عن الإستهلاك المتكرر والمفرط للعقار ، الذي تكيف جسم الفرد مع أداءه(Bégue,2014,P18) حيث تصبح المادة المخدرة ضرورية لإستمرار وظائف الجسم بشكل عادي ، ويصبح منع هذه المادة عن الجسم مضرا بالجسم وبالأعضاء الحيوية ، ويعرض الفرد المدمن إلى أعراض و مخاطر قد تصل به غلى الموت المفاجئ (المشاقبة ،2012، ص27).

وقد تبين للباحثة من خلال التعاريف السابقة للإدمان على أنه حالة نفسية وأحيانا عضوية تنتج عن إستهلاك الفرد لمواد تتوافرفيها القدرة على التفاعل مع الكائن الحي ، وتتميز هذه الحالة بسلوكات الرغبة القهرية في تعاطي مواد معينة على أساس مستمر أو دوري وقد يصحبها تحمل.



الفصل 2: أصناف متعاطي المخدرات وتصنيفها

2-أصناف متعاطي المخدرات

2-1- المتعاطي المجرب

2-2-المتعاطي العرضي

2-3-المتعاطي المنتظم

2-4-المتعاطي القهري

3-تصنيف المخدرات

3-1-التصنيف الأول جسب طبيعتها و مصدرها

3-2-التصنيف الثاني حسب أثارها

3-3-التصنيف الثالث حسب اللون

3-4-التصنيف الرابع حسب الحجم

1: أصناف متعاطي المخدرات:

قسم بعض الباحثين متعاطي المخدرات إلى أربعة أصناف:

1-1-المتعاطي المجرب: هو المتعاطي الذي دفعه الفضول إلى تجربة عقار مخدر لمرة واحدة إشباعا للفضول ولمعرفة المجهول وهذا الصنف يقع خارج دائرة الإدمان.

1-2-المتعاطي العرضي: يتعاطى هذا الصنف المخدرات إذا توافرت له دون عناء أو مجانا ، ويتم التعاطي في هذه الحالة بشكل عفوي ، كما هو لحال في المناسبات الاجتماعية الخاصة بين الحين والأخر او مجارات الأصدقاء ، وهذا الصنف يمثل مجموعة المتعاطين المعرضين للإنزلاق في تيار الإدمان خاصة مع تكرار التعاطي وضعف الشخصة لكن دون الإنتماء إلى نطاق الإدمان بشكل صريح.

1-3-المتعاطي المنتظم: هو الشخص الذي يتعاطى المخدرات في فترات متقاربا أو متباعدا ، ويشعر المتعاطي بالتعاسة و الإكتئاب إذا لم يتوافر له المخدر ويبذل بعض الجهود في الحصول عليه وهذا الصنف يمثل المدمنين الفعليين.

1-4-المتعاطي القهري: يتميز عن المتعاطي المنتظم بأن المدمن في هذه الحالة يتعاطى المخدر في فترات متقاربة جدا ، وأصبح المخدر يسيطر عليه سيطرة تامة بحيث يصبح الشيء الأهم فيصرف كل ماله ووقته وتفكيره وطاقته في سبيل الحصول على المخدر حتى لو سلك الإجرام(خديجة عبد الرحيم وبنقال ،2020، ص ص285-286).

2-تصنيف المخدرات:

نظرا لكثرة المواد المخدرة ، و إختلافها و تطورها السريع وضعت عدة معايير لتصنيفها و سنوضح أهم هذه التصنيفات :

2-1- التصنيف الأول حسب طبيعتها ومصدرها:

- **مخدرات طبيعية:** وهي نباتات تحتوي أوراقها و ثمارها و أزهارها على المادة الفعالة المخدرة ، من أمثلة هذه النباتات نبات القنب ، نبات الخشخاش ، نبات الكوكا ، ونبات القات (القحطاني ربيع بن طاحوس ، ص 41).
- **المخدرات التصنيعية:** وهي المخدرات التي تصنع من نتاج المخدرات الطبيعية ومنها المورفين والهيروين اللذان يستخلصان من الأفيون ، والكوكايين الذي يستخرج من نبات الكوكا.
- **المخدرات التخليقية:** وهي المخدرات التي يتم تخليقها وصناعتها داخل المعامل ، إنطلاقا من مركبات كيميائية ، ولا تستخرج من المخدرات الطبيعية ، ولها تأثير على الجهاز العصبي ، ومنها ما له تأثير مهبط ، ومنها ما له تأثير تنشيطي ومن هذه المخدرات الأمفيتامينات.

2-2- التصنيف الثاني حسب أثارها:

تختلف المخدرات من حيث تأثيرها على النشاط العقلي و النفسي ، فتنقسم حسب هذا المعيار إلى مخدرات منشطة ومخدرات مسكنة.

- **المخدرات المنشطة:** وهي مخدرات لها تأثير على الجهاز العصبي والحالة النفسية خاصة حالات الإحباط والإكتئاب ، وأهمها الكوكايين ، البنزدرين ، والمسكالين.
- **المخدرات المسكنة:** تؤدي هذه المخدرات إلى الركود والخمول نتيجة لكونها تبطئ من النشاط الذهني لمتعاطيها ، وتنقسم هذه المخدرات المسكنة إلى نوعين:
- **مخدرات مسكنة أفيونية :** وهي التي تتكون من الأفيون ومشتقاته كالمورفين والهيروين ، وتشمل كل المستحضرات الطبية التي تدخل في تركيبها مادة الأفيون.
- **مخدرات مسكنة غير أفيونية:** لها نفس تأثير النوع الأول ،إلا أنها لا علاقة لها بالأفيون فهو لا يدخل في تركيبها مثل مركبات حامض الباربيتوريك-البروميدات والكحول (جيماوي فوزي ،2013، ص ص 11-10).

3-2- التصنيف الثالث حسب اللون:

- **المخدرات السوداء:** وهي المواد المخدرة التي تتميز بأن لونها داكن أو يميل إلى السواد ، كالحشيش و الأفيون.
- **المخدرات البيضاء:** وهي المواد المخدرة التي تتميز بأن لونها أبيض مثل: المساحيق والسوائل المختلفة التي يتم تعاطيها حقنا أو شربا أو شما مثل الهيروين ، الكوكايين ،و الأقراص المنومة أو المنبهة أو المهدئة.

4-2- التصنيف الرابع حسب الحجم:

تصنف المخدرات حسب الحجم إلى :

- **المخدرات الكبرى:** مثل الخشخاش ومشتقاته ، الحشيش ومشتقاته ، الكوكايين وهذه المخدرات لها خطورة كبيرة عند إستخدامها والإدمان عليها.
- **المخدرات الصغرى:** وهي أقل خطورة ، وتمثل جانبا من العقاقير المستخدمة كعلاج طبي ، ويسبب التعود عليها الإدمان ، ومن ذلك الكخول ، التبغ ، الكافيين ،القات ، المهدئات ، المواد المهلوسة (ابريعم سامية ،2008، ص83).

الفصل 3: أنواع المواد المخدرة والمعايير التشخيصية للإدمان على المخدرات

1- أنواع المواد المخدرة (الإدمانية)

1-1-الافيون ومشتقاته

1-1-1-الأفيون

1-1-2-المورفين

1-1-3-الحشيش(الماريجوانا)

1-1-4-القات

2-2-المنبهات (المثيرات)

2-2-1-الكوكايين

2-2-2-الأمفيتامين

2-2-3-المخدرات المهلوسة

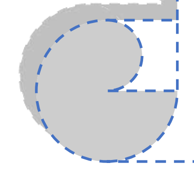
2-2-4-المنومات

2-المعايير التشخيصية للإدمان على المخدرات

2-1-معايير الإعتماد على مواد مخدرة حسب DSM4

2-2-التصنيف التشخيصي والإحصائي الخامس DSM5

2-3-المعايير التشخيصية للإدمان في CIM10



1- أنواع المواد المخدرة (الإدمانية):

1-1- الأفيون ومشتقاته:

1-1- 1- الأفيون:

وهو من أخطر أنواع المخدرات يتم الحصول عليه بإجراء شقوق في ثمار الخشخاش غير الناضجة ، فيسيل على شكل عصارة تجمع وتجفف لها طعم مر وتجمع في تركيب عدد من العقاقير ، ويتعاطى الأفيون ببلعه من الماء أو القهوة أو الشاي أو تدخينه مع السجائر ويشعر متعاطيه في البدء بالنشاط والقدرة على التخيل والكلام ، لكن هذا لا يدوم طويلا إذ تضطرب الحالة النفسية وببطئ التنفس وينتهي الأمر إلى النوم العميق والسبات ، ويصاب الشخص بالإدمان بعد تعاطيه للأفيون ومستحضراته ، والحقن هي الطريقة الأكثر شيوعا لتعاطي الأفيون (ديلانيكيفا ،2001 ،ص199) ، والأفيون إذا تعود عليه الشخص أصبح جزءا من حياته لا يستطيع جسمه أداء وظائفه دون تناول الجرعة المعتادة ، ويشعر بألام حادة إذا لم يتناول الجرعة وتتدهور صحته ، وتضعف ذاكرته وتضمر عضلاته ، وتقل شهيته للطعام ويحدث بطء في التنفس ، وزرقة في العينين ، وينقص وزنه (الغريب ،2006 ،ص38).

1-1- 2- المورفين:

وهو أحد مشتقات الأفيون ، وهو عبارة عن مسحوق أبيض بلوري ، كما يمكن أن يكون على شكل أقراص ، أو محاليل الحقن ، ويتدرج لونه من الأبيض إلى الأصفر أو البني تبعا لنقاوته ، وهو مر امذاق ، وقد أنتشر إستخدامه في الأغراض الطبية في العالم الغربي خاصة الوم أ(مشاقبة ،2007 ،ص51) ، فأستعمل لعلاج الألم والإسهال الشديد والسعال عن طريق الحقن ، والتوقف عن إستخدامه يحدث أعراضا كإحمرار العينين والتعرق والنعاس (قازان ،2005 ،ص31) ، و ألام في البطن والعضلات والتقيؤ والغغثيان والإسهال وتسارع ضربات القلب وإرتفاع في ضغط الدم و الأرق (شابرول ،2001 ،ص38) ، كما أن الأثر الأساسي للمورفين هو زيادة التأثير الكفي لقشرة المخ على مراكز الإحساس بالتلاموس ، ومن ثم يقل الشعور بالألم ولا يوجد في الطب الأن عقار له قوة المورفين لتخفيف الألام الجسمية (عكاشة ،د ت ،ص553) ، ويتم تعاطي المدمن لمادة المورفين عن طريق الحقن تحت الجلد أو في العضل ، ونادرا ما يأخذ عبر البلع ، لأنه أخذ بهذه الطريقة يلزم تعاطي كميات كبيرة منه وهذا يحتاج إلى تكاليف باهضة وعادة ما يلجأ المدمن في حالات الإدمان المتقدم إلى الحقن في الوريد مباشرة حيث تكون فعاليته أسرع من الحقن تحت الجلد .

1-1- 3- الحشيش (الماريجوانا):

يحضر الحشيش من نبات القنب ، وهو المصطلح الشعبي للمادة المخدرة المستخرجة من نبات القنب سواء من أزهاره ، أو سيقانه أو جذوره ، وله عدة أسماء تختلف بإختلاف البلد الذي يستخرج فيه والحشيش أو ما يعرف الماريجوانا ليس له أي إستعمال طبي (سواس ،2011 ،ص171) ، ويسبب تعاطي الحشيش شعورا بحسن الحال و خفة الرأس ونشوة مع كثرة الكلام ، وزيادة القدرة الحركية مع إضطراب على تعرف الزمان والمكان ،

وإنعدام الإحساس بمرور الزمن ، وإذا زادت الجرعة سببت إرهاقا وإختلاطا عقليا ، وقد وجد سويف 1967 في بحثه عن الحشيش في مصر أنه غالبا ما يبدأ المرضى في تعاطي الحشيش ، قبل سن العشرين وسبب ذلك الإنظمام إلى مجموعة الأصدقاء والبحث عن النشوة وحب الإستطلاع ومحاولة تقمص دور الرجل (عكاشة ،د ت ،ص ص 552-553) ، كما يؤدي تعاطي الحشيش إلى زيادة في ضربات القلب ، وشعور بضغط و إنقباض الصدر و إتساع العينين ،و برودة في اليدين والقدمين ، واصفرار الوجه ، وعدم التوازن الحركي ، أما تعاطيه لفترة طويلة فله أثار صحية وعقلية وجسدية سيئة وضارة ، حيث تؤدي إلى الإدمان النفسي (أحمد، 2006، ص82_83).

1-1-4- القات:

وهي عبارة عن شجيرات دائمة الخضرة ، وتكمن المادة المخدرة في أوراقه ويتم تعاطيه عن طريق مضغ أوراقه ، مضغا بطيئا حيث تخزن في فم المدمن ساعات طويلة يتم من خلالها إمتصاص عصارتها ، ويتخلل هذه العملية شرب الماء بين الحين والأخر ، ويؤدي تعاطي القات إلى الشعور بالرضا والسعادة لدرجة نسيان الأخبار المؤلمة ، وقد يصل به الحد إلى نسيان الشعور بالجوع ، وبعد عدة ساعات من التعاطي يشعر المدمن بالخمول والكسل الذهني والبدني ، كما يعاني من اضطرابات في الهضم ، وإلتهابات في المعدة ، ونوبات من الإمساك و إرتفاع في ضغط الدم ، كما أن المدمن يعاني من اضطرابات نفسية متمثلة في الأرق والإحساس بالضعف العام والخمول الذهني والتقلب المزاجي (شحاته ،2006 ،ص77).

1-2- المنبهات (المثيرات):

1-2-1- الكوكايين:

يعتبر الكوكايين من أكثر المواد المسببة للإدمان و أخطرها ، ويتم إستخلاصه من نبات الكوكا بطحن أوراقه ، وينمو نبات الكوكا في أمريكا الجنوبية ، كما كانت إشارة فرويد الأولى عن الكوكايين في إحدى رسائله سنة 1884 ، حيث إعتبره مشروعا علاجيا ، فأختبر تلك المادة على نفسه وقد لاحظ نتائج مدهشة ، فقد بددت الشعور بالإعياء والتعب ،و الجوع ، هذا بالإضافة إلى إزالة الشعر بالكأبة بالنشاط والحيوية التي لم يعاهدهما في نفسه سابقا ، ولهذا عمم إستخدام هذا المخدر على أصدقائه وعائلته ومرضاه ، كما عقد عليه الكثير من الأمال كقدرته على علاج أمراض العصاب ، ولقد صنف الكوكايين ضمن المخدرات عام 1914 ، وذلك بعد ظهور أثاره كمادة إدمان تعاطي مسحوق الكوكايين عن طريق الإستنشاق بإستخدام أنبوب ، أو بلف ورقة عادية على شكل أنبوب يتم عن طريقها إستنشاقه ، كما يمكن تعاطيه عن طريق الحقن بالوريد أو تحت الجلد أو بالعضل ، وذلك بعد إذابته بالماء أو عصارة الليمون (مُحَّد ،2011 ،ص60-61) ، يشعر المدمن في ي البداية بنوع من النشوة والسعادة والنشاط المتدفق ، كما أن هذه الحالة لا تدوم طويلا ، إذ سرعان ما يعقبها الكسل واللامبالاة والضعف العام ، فيحاول أن يتغلب عليها وذلك بتعاطي جرعة أخرى من المخدر ، فيدخل المرحلة الثانية وهنا تظهر عليه اضطرابات سلوكية من الهلوسات بكل أنواعها سمعية وبصرية ولمسية ، وهذا يشعر المدمن أن كل ما يحيط به يتحرك ، وكذلك يدخل المدمن في حالة الشعور أنه مرقب ، و من هنا يدخل في

المرحلة الثالثة ، وغالبا ما تحدث هذه المرحلة بعد مرور سبع سنوات من تعاطي الكوكايين و أهم سماتها إنحطاط تام لجميع وظائف الجسم وتفكك الشخصية (شحاتة ،2006 ،ص90). كما أن زيادة إستنشاقه أو تعاطيه بالحقن يسبب التسمم ، وهذا ما يؤدي أحيانا إلى اضطرابات قلبية وتنفسية مع موت مفاجئ بسبب شلل عضلات القلب ، ويؤدي لتدمير خلايا المخ ، وفقدان السيطرة والتحكم في النفس (عبد الغني ،2005 ،ص 300).

1-2-2- الأمفيتامين:

عقار تم تحضيره لأول مرة عام 1887 ، حيث إستخدم في العلاج الطبي ومعالجة بعض الأمراض ، كإحتقان الأنف إلا أنه بعد مدة عرف الأثر الذي تسببه للمتعاطي لها . وذلك بظهور أضرار واضحة على المرضى بعد إستخدامها ، ويتم تعاطي هذه المواد عن طريق البلع على شكل أقراص ، أو عن طريق الحقن ، كما يمكن تناولها على شكل سائل يبلع عن طريق الفم (مرسي ،2005 ،ص114) ، ويحدث لمتعاطيه الشعور بالراحة والغبطة والتيقظ الكامل والقوة ، كما يؤدي إدمانه إلى الإكتئاب النفسي(المطيري ،2011 ،ص56) ، وكذا الشعور بالتوتر والقلق والهلع وكثرة التحرك وأفكار العظمة والهلاوس وأفكار الإضطهاد والعدوانية وممارسة أفعال عنيفة ، وإدمانه يؤدي إلى تسارع في ضربات القلب وإرتفاع ضغط الدم وتصبب العرق والغثيان ، وعندما تزول هذه الأثار يحل محلها إحساس بالتعب ورغبة في إعادة إستخدام التسمم ، كما تسبب الأمفيتامينات الإعتماد النفسي فقط ولا تسبب الإعتماد العضوي ،كما انها تسبب التحمل (الدمرداش ،1990 ،ص123).

1-2-3- المخدرات المهلوسة:

عبارة عن مجموعة المواد النفسية التي تثير عند من يتعاطاها بعض الهلوسات ، وهي مواد مخدرة تعمل على تشويه الرؤية الحقيقية للأشياء ، وهي متنوعة وتتباين فقط في مدة بدأ التأثير ومدة إستمراره وشدته وأشدها عقار (ال.أس.دي) (LSD) ويتم تعاطيه عن طريق الفم والحقن الوريدي ، كما لم يتوقف الامر عن إنتاج هذا العقار ، بل صنعت المختبرات الطبية عقاقير أخرى أشد خطورة الطبية كعقار (المسكالين Mescaline) ،وعقار أخر أشد خطورة وهو (S.T.P) وهي إختصار لكلمات ثلاث (الصفا والهدوء والسلام) ، تؤدي إدمان العقاقير المهلوسة إلى مخاطر نفسية تتمثل في تغيرات إدراكية كالتغيرات البصرية والسمعية ، وتغيرات في إدراك الزمن ، وتغيرات نفسية كالتغير في الحالة المزاجية والإبتهاج ، كما تؤدي إدمان العقاقير المهلوسة إلى مخاطر نفسية تتمثل في تغيرات إدراكية كالتغيرات البصرية والسمعية ، وتغيرات في إدراك الزمن ، وتغيرات نفسية كالتغير في الحالة المزاجية والإبتهاج النفسي والشعور بالبعد والغربة والقلق والخوف المرضي والسلوكات العنيفة والشك وفقدان السيطرة (علي ،2012 ،ص126) ، بالإظافة إلى ظهور الهلاوس وتغيير النظرة إلى البيئة المحيطة ، وبعض مظاهر تشوه الشخصية ، كالإزدواجية وتداخل الأحاسيس والمشاعر والشعور بالفزع والإكتئاب والرغبة في الإنتحار ، كما يظهر على المدمن زيادة ضربات القلب والغثيان والقيء والصداع ودوار وقشعريرة.

1-2-4- المنومات:

هي أدوية تعمل بقدرتها الخافضة للجهاز العصبي المركزي فتؤدي غلى تهدئة الشخص وتنويمه وتسبب بعض المنومات إدمانا نفسيا عليها وخاصة الباربيتوريات ، كما تشتق المنومات أو الباربيتوريات من حمض الباربتيوريك وتستخدم كمسكنات ، ولكن أسيء إستخدامها وبالنسبة لتأثيرها فيتوقف على نوع المنوم فهناك منوم قصير المفعول مثل البنتوثال وأخر متوسط المفعول مثل الأميتال ، وثال طويل المفعول مثل الفينوباربيتال ، وتؤخذ هذه المنومات في الغالب على شكل أقراص أو كبسولات ، ومن الأثار السلبية لإدمانها على المدى الطويل تقليل الحركات المعدية والمعوية وتناقص إفرازاتها ، كما تؤثر على المخ حيث تهبط وظائفه فتضعف القدرة على التركيز والإنتباه ، وتنخفض القدرة على قيادة المركبات بكفاءة والمهارات الحركية الأخرى (حمزة، 2008، ص4) ، وتؤثر على الغبصار والسمع وصواب الحكم عل الأمور والشعور بسرعة مرور الزمن (القحطاني، 2002، ص44) ، وعلى الجانب النفسي تظهر على المدمن ميول عداونية وفي حالة الإقلال من الجرعة فإن المدمن يصاب بالخوف ورعشة في الأطراف ، وغرتفاع درجة الحرارة وسرعة النبض والغثيان والقيء المتكرر ثم تأتي مرحلة المغص الشديد والإرتعاشات الشبيهة بإرتعاشات الصرع.

2- المعايير التشخيصية للإدمان على المخدرات:

2-1- معايير الإعتماد على مواد مخدرة حسب DSM4 :

طريقة إستعمال غير مكيفة تقود إلى إتلاف الوظائف أو معاناة إكلينيكية واضحة ، يتميز بظهور ثلاث أو أكثر من التظاهرات التالية.

- الإحتمال ، يعرف بأخد الأعراض التالية :
  1. الحاجة لكميات أكثر من المخدر للحصول على أثر مرغوب.
  2. تناقص تأثير المخدر في حالة الإستمرار في تعاطي نفس الكمية.
- الفطام يتميو بأحد التظاهرات التالية :
  1. تناذر الفطام ميزة المخدر.
  2. إستعمال نفس المخدر أو مخدر مشابه لتخفيف أو تجنب أعراض الفطام.
- المخدر غالبا يؤخذ بكميات متزايدة أو خلال فترة طويلة.
- هناك رغبة ملحة أو مجهودات غير مثمرة من أجل التخفيف أو التحكم في إستعمال المخدر.
- التخلي أو التخفيف من النشاطات الاجتماعية ، المهنية ، أو الترفيهية بسبب إستعمال المخدر.
- المخدر يرهق الشخص ويجعله يعاني من مشاكل نفسية أو جسدية مستمرة و متكررة (APA,2005,P228)

2-2-التصنيف التشخيصي و الاحصائي الخامس DSM5:

تتمثل معايير تعريف الإدمان حسب DSM5 (APA,2013) في مجموعة من الأعراض المعرفية ، السلوكية ، البدنية تتمثل في :

أ- إستحالة مقاومة الدافع النزوي لتحقيق هذا النوع من السلوك .

ب- شعور متزايد بالتوتر الذي يسبق بداية السلوك مباشرة.

ت- لذة وسكينة في أثناء القيام بالسلوك .

ث- شعور فقدان السيطرة أثناء السلوك .

ج- استمرار بعض معايير السلوك لمدة شهر على الأقل.

ح-وجود إثنين على الأقل من المعايير الإحدى عشر التالية خلال 12 شهرا السابقة:

1- تستخدم المادة غالبا بكميات أكبر أو بفترات زمنية أطول مما هو متوقع.
2- وجود رغبة ملحة أو جهود غير ناجحة للخد أو السيطرة على إستخدام المادة.
3- إستنفاذ الكثير من الوقت في نشاطات ضرورية للحصول على المخدر ، تعاطيه أو الإسترجاع من تأثيره.
4- خنين أو رغبة ملحة لتناول المخدر.
5- الإستخدام المتكرر للمادة المخدرة و الذي يؤدي إلى عدم القدرة على الوفاء بالإلتزامات الرئيسية ، في العمل ، في المدرسة ، أو في المنزل .
6- إستخدام المادة المخدرة على الرغم من المشاكل الشخصية أو الاجتماعية المستمرة أو المتكررة والتي تسبب في تفاقمها تأثير المخدر.
7- التخلي أو التخفيض عن الأنشطة الاجتماعية والمهنية والترفيهية الهامة بسبب إستخدام المادة المخدرة.
8- الاستخدام المتكرر للمادة المخدرة في حالات قد تشكل فيها خطرا جسديا.
9- الإستمرار في استخدام المادة المخدرة لى الرغم من وعي الشخص بما يتسبب به من مشاكل ملحة ومستمرة أو يعمل على تفاقمها إن كان على المستوى النفسي أو الجسدي.
10- طاقة التحمل ، التي تحددها أي من الأعراض التالية:
    أ- الحاجة إلى كميات أعلى بكثير من المادة المخدرة لتحقيق التسمم أو التأثير المرغوب.
11- الإنسحاب يتميز بأي من التظاهرات التالية:
    أ- متلازمة إنسحاب المادة المخدرة المميز.
    ب- يتم أخذ المادة المخدرة (أو مخدرا مماثلا) لتخفيف أو تجنب أعراض الإنسحاب.

حيث: - وجود معايرين إلى 3 معايير: الإدمان الخفيف.

-وجود 4 إلى 5 معايير: الإدمان المعتدل.

- وجود 6 معايير أو أكثر : الإدمان الشديد.

2-3- المعايير التشخيصية للإدمان في CIM10 :

مجموعة من التظاهرات السلوكية ، المعرفية والفيزيولوجية الناتجة من إستعمال مادة مخدرة أو فئة من المواد تقود إلى ضعف أو غياب الإستثمار في نشاطات أخرى ، الميزة الأساسية في تناذر الإعتماد تتمثل في الرغبة (غالبا قوية ، أحيانا اضطرارية) في شرب الكحول ، تدخين التبغ أو أخذ مادة مخدرة ، بعد فترة إنقطاع تناذر الإعتماد يستقر بسرعة أكبر من المرة الأولى.

يكون الإعتماد من خلال وجود 3 على الأقل من التظاهرات التالية:

- رغبة قوية أو اضطرارية لإستعمال مادة مخدرة.
- صعوبات تتعلق بالتحكم في إستعمال المادة المخدرة.
- تناذر فطام فيزيولوجي متى الفرد أنقص أو توقف عن إستهلاك المادة المخدرة.
- الإحتمال من خلال الحاجة إلى كمية أكبر من المخدر للحصول على الأثر المرغوب.
- عدم الإكتراث وترك المنابع المختلفة للذة ، والإهتمام فقط بإستعمال المخدر والحصول عليه ، إستهلاكه وتعويض تأثيراته.
- متابعة إستهلاك المخدر رغم نتائجه السلبية الظاهرة (Varescon,2005,P49-50).

الفصل 4: أسباب إدمان المخدرات وشخصية المدمن

1-أسباب الإدمان على المخدرات

1-1-الأسباب التي تتعلق بالمادة نفسها

1-2-الأسباب المتعلقة بالمتعاطي نفسه

1-3-الأسباب البيئية

2-شخصية المدمن

2-1-الشخصية المتهيبة إجتماعيا

2-2-الشخصية الإكتئابية

2-3-الشخصية السيكوباتية

2-4-الشخصية القلقة

2-5-الشخصية الحدية

2-6-الشخصية النرجسية

2-7-الشخصية الإعتمادية

2-8-الشخصية المتهيبة إجتماعيا

2-9-الشخصية غير الناضجة

1- أسباب الإدمان على المخدرات:

لماذا يتعاطى الإنسان المخدرات ؟ أجاب أخذ العلماء بإجابة مختصرة بليغة فقال: يتعاطى الإنسان المخدرات لأحد سببين: إما لرفع موجود أو لطلب مفقود ، ويعني بذلك أن الشخص إما تكون عنده حاجة مفقودة يسعى إليها أو عنده حاجة موجودة يريد التخلص منها.

و بإمكاننا أيضا أن نقسم الأسباب التي تجعل الإنسان يتعاطى المخدرات إلى ثلاثة أسباب تتعلق بالمادة نفسها و أسباب تتعلق بالمتعاطي نفسه و أسباب تتعلق بالبيئة المحيطة بالمتعاطي.

1-1- الأسباب التي تتعلق بالمادة نفسها:

1-1-1- طبيعة المادة الإدمانية:

و نعني بها المواد الإدمانية أو المغيرة للمزاج أو للعقل أو ما يسمى بالمخدرات ، فهذه المواد من طبيعتها أن لها أثارا على خلايا المخ تجعل الإنسان إذا تعاطاها لأي سبب من الأسباب أن تحدث تأثيرات تجعله يتناولها مرة ثانية وثالثة ، وتعاطيها يحدث نشوة و إرتفاعا في المزاج ، وتغييبا للعقل ، ويعتقد أن المفعول يحدث بسبب الرفع الحاد و المفاجئ في ناقل عصبي يدعى الدوبامين وهناك نواقل عصبية أخرى مثل النورابينيفيرين والسيروتينين وغيرها يعتقد أن لها أدوارا مؤثرة في ذلك أيضا (مُحَّد الجندي ،2019، ص26).

1-1-2- توفر المادة الإدمانية:

و يعني ذلك أن توفر المواد الإدمانية في مجتمع ما يمكن أن يشجع الناس على تعاطيها عكس ما يعتقد و يظن من أن كل ممنوع مرغوب(يقصدون من ذلك أنك عندما تمنع المخدرات سترغب الناس فيها و إذا وفرتها فالناس لن ترغب فيها) فالواقع غير ذلك ، الواقع أن توفر المادة يمكن أن يشجع الناس على تعاطيها وأن التقليل من عرضها وعدم توفرها يمكن أن يقلل من تعاطيها ، إلا لبعض الحالات الإدمانية الشديدة و التي تجعل الشخص يبحث بكل الوسائل الممكنة و يكون مستعدا ليخسر كل شيء بما فيه حياته لكي يحصل عليها ، لكن الأغلب من الناس وخاصة الشباب إذا قل توفر المادة فسيقلل من إحتمال تعاطي الناس لها ، الوفرة أنواع وفرة طبيعية وصناعية(مُحَّد الجندي ،2019، ص26).

1-1-3- القبول الإجتماعي لتعاطي المادة :

أحيانا تكون المادة منتشرة و متوفرة لأنها مقبولة إجتماعيا.

1-1-4- الإستعمالات الطبية:

هناك بعض المواد يساء إستعمالها بسبب أنها متوفرة طبيا و مثال ذلك عندما تمت دراسة الإدمان لدى الأطباء فوجد أن نوعية الأطباء الذين يقعون في الإدمان تختلف بحسب توفر المادة ، فأطباء التخدير مثلا إذا وقعوا في الإدمان قد يكون ذلك بإدمان العقاقير المستخدمة في التخدير و إدمان أطباء الباطنة قد يكون بالعقاقير التي يصرفونها لمرضاهم وغيرهم كذلك ، لذا فإن التوفر للمادة الإدمانية يمكن ان يكون عاملا في إستخدامها(مُحَّد الجندي ،2019، ص26).

1-1-5- القوانين والتشريعات التي تسمح بوجودها:

ففي بعض الدول التي تباع فيها الخمور بشكل عادي تجد مشكلة الخمور أكثر من الدول التي لا تسمح ببيعها.

1-1-6- النقل والمتاجرة ورخص الثمن:

بتنا نعلم أن عدم إنتشار بعض المخدرات في بعض المجتمعات قد يكون بسبب غلاء ثمنها ، فلو رخص ثمنها فستتوفر بشكل أكبر والعكس صحيح ، حيث وجدت دراسات أن رفع سعر السجائر و زيادة الضرائب عليها مثلا يقلل من إستهلاكها و خاصة عند صغار السن ، بل تعتبره بعض المراجع العلمية أكثر وسيلة فعالة لخفض إستعمال التبغ (مُحَمَّد الجندي ،2019، ص27).

1-2- الأسباب المتعلقة بالمتعاطي نفسه:

1-2-1-الوراثة:

الدراسات تثبت أن هناك علاقة وراثية في بعض المواد الإدمانية ، و هذه الجوانب ليست قطعية وليست مباشرة ، فليس كل أب مدمن سيكون أولاده مدمنين لكن الأب الكحولي مثلا إحتمالية أن يصبح أولاده كحوليين (حى لو لم يتربوا معه و ينشئوا معه) أعلى من أولاد غير الكحوليين ، و هذا الأمر يجعل المسؤولية أكبر على المدمن حيث أن إدمانه هذا لن يسبب فقط مشكلة له بل قد يساهم في نقلها للجيل الذي يليه ، لذلك فإن بعض المراجع ذكرت أن الجينات تشكل نسبة 40-60% من القابلية للإدمان (مُحَمَّد الجندي ،2019، ص27).

1-2-2-العوامل البيولوجية:

نحن نعلم أن الإدمان منتشر عند الرجال أكثر من النساء و أن هناك إختلافات بيولوجية في تحمل الإنسان لبعض المواد المخدرة ، فمثلا تحمل الذكور للكحول مختلف عن تحمل الإناث للكحول وبالتالي هذا من الممكن أن يجعل تعاطي الذكور للكحول أعلى منه لدى الإناث(مُحَمَّد الجندي ،2019، ص27).

1-2-3-العمر:

هناك أعمار معينة تكون قابلة أكثر للوقوع في الإدمان من غيرها ، فمثلا مرحلة الشباب و مافيه من نزعة المخاطرة و المغامرة و محاول إثبات النفس أمام الأقران أو الأخرين قد تجعل من هذا العمر أكثر قابلية للوقوع في الإدمان ، لذا فإن أعلى نسب تعاطي المخدرات تكون في أخر مرحلة المراهقة وبداية مرحلة الرشد(مُحَمَّد الجندي ،2019، ص27).

1-2-4-الفراغ والبطالة:

و هذه من المشكلات أو الأسباب التي قد تجعل الإنسان يبحث عما يشغل به وقته فبدل من أن يشغل وقته بشكل مفيد ، يشغل وقته بشكل ضار فيدخل في المخدرات ، لذا فإن تعاطي المخدرات يمكن أن يزيد لدى العاطلين عن العمل مقارنة بمن لديهم وظائف(مُحَمَّد الجندي ،2019، ص28).

1-2-5-الرغبة في السهر والنشاط والمقاومة:

وهذه بالذات قد تكون ملاحظة في الذين يستخدمون المنشطات مثل الأمفيتامينات والككايين.

1-2-6-ضعف مستوى التدين:

وجدت العديد من الدراسات أن تعاطي المخدرات أقل لدى الفئات المتدينة من الفئات غير المتدينة و أن تعاطي الكحول مثلا أقل لدى المتدينين بالأديان التي لا تشجع على تعاطيه ، و انه كان مستوى التدين عال لدى الإنسان فإحتمالية وقوعه في المخدرات تكون أقل ، و أن الناس غير المتدينين لديهم نسبة أعلى في تعاطي المخدرات من المتدينين ، وبالذات في مرحلة الشباب ، والكلام هنا ينطبق على المواد الإدمانية بما فيها التبغ أيضا(محمد الجندي ،2019 ،ص28).

1-2-7-وجود اضطرابات نفسية:

نعلم أن بعض الاضطرابات النفسية مرتبطة بالإدمان ، و منها مثلا الاضطرابات السلوكية أو اضطرابات فرط الحركة ، و أن نسبة تعاطي المخدرات والإدمان لدى المرضى النفسيين مثلا أعلى من نسبة الإدمان لدى غيرهم ، و قد أشارت بعض الإحصائيات إلى أن حوالي 30% من المرضى النفسيين لديهم سوء تعاطي للمواد و أن حوالي 25% منهم يتعاطون الكحول و حوالي 40% منهم يتعاطون التبغ و أن 15% منهم يتعاطون المواد الإدمانية الأخرى (3 و 10) ، ومن أهم الإضطرابات النفسية المرتبطة بالإدمان اضطراب ما بعد الصدمة حيث وجد في بعض الدراسات أن حوالي 21-43 % من الأفراد الذين يعانون من اضطرابات ما بعد الصدمة يتعاطون المخدرات(محمد الجندي ،2019 ،ص28).

1-2-8-نزعة الإكتشاف والتجربة والمغامرة والمخالطة وتحدي السلطة:

من الشائع أن يكون لد الشباب رغبة و نزعة في تحدي السلطة الوالدية أو القانونية أو المجتمعية ، و يمكن أن يكون لديهم حس عال بالمخاطرة أو التحدي و بالتالي يمكن أن يتعاطى بعضهم المخدرات إستجابة لهذه النزعات و الرغبات.

1-2-9-الإنتقال بين المراحل الحياتية:

سنتكلم عنها في عوامل الوقاية بالتفصيل بإذن الله ، حيث أن إنتقال الإنسان من مرحلة إلى أخرى يمكن أن يكون له دور في الوقوع في المخدرات.

1-2-10-الضغوط النفسية:

قد تجعل بعض الناس لديهم قابلية أكثر لتعاطي المخدرات و خاصة إذا لم تتوفر لدى الشخص المهارات اللازمة للتعامل معها(محمد الجندي ،2019 ،ص29).

1-2-11- بعض انواع الشخصيات و النزعات الفردية الإنفعالية وعدم ضبط النفس وضعف التعامل مع الغضب وغيرها من اللمشاعر السلبية من الأسباب التي تدفع بالبعض إلى تعاطي المخدرات(محمد الجندي ،2019 ،ص29).

1-2-12-التعرض للصدمات:

وهذا العامل معقد وتبادلي ، فتعرض الإنسان للصدمات مثل العنف الجسدي أو الجنسي (خاصة أثناء الطفولة أو المراهقة) يمكن أن يؤدي به إلى تعاطي المخدرات ، و تعاطي المخدرات يعرض المتعاطين إلى الصدمات و الإعتداءات البدنية والجنسية ، و هذا الأمر واضح أكثر لدى الإناث منه لدى الذكور و إن كان موجودا لدى كليهما ، و هناك إحصاءات عديدة في ذلك حيث أشارت بعض الدراسات على النساء الكحوليات أن حوالي 74% منهن تعرضن للإعتداء الجنسي ، و أن 52% منهم تعرضن للإعتداء البدني وأن 72% منهم تعرضن للإعتداء العاطفي ، و للإطلاع على تفاصيل أكثر يمكن الرجوع مثلا للمراجع (مُحَمَّد الجندي ،2019 ،ص29).

1-3- الأسباب البيئية:

1-3-1-أثر الرفقة و الأصحاب:

لا شك أن هناك إرتباطا عاليا بين تعاطي المخدرات والرفقة السيئة ، وهناك بحوث كثيرة في هذا الموضوع تبين بأن الشاب الذي يتعاطى أصدقائه المخدرات يكون إحتمال تعاطيه للمخدرات أكثر بكثير من الشاب الذي لا يتعاطى رفقاؤه المخدرات و هذا بسبب البيئة المحيطة به و التي يمكن أن تشجعه أو تحفزه على التعاطي أو تضغط عليه للقيام بذلك (مُحَمَّد الجندي ،2019 ،ص30).

1-3-2-المشكلات الأسرية والتفكك العائلي:

وهذه مهمة جدا إذ أنها واحدة من الأسباب التي تجعل بعض الشباب المراهقين يقع بالمخدرات لوجود مشكلات في بيته وعدم إنتظام في حياته الأسرية ، وضعف الرقابة الأسرية (مُحَمَّد الجندي ،2019 ،ص30) ، والتواصل الأسري و أحيانا قسوة الوالدين او المربين أو الدلال الزائد.

1-3-3-المشاركة الاجتماعية و القبول في المجموعة:

عندما يحاول الشاب أن يلتصق بمجموعة معينة ويريد من هذه المجموعة أن تقبله على أنه رجل وعلى أنه عضو من أعضاء هذه المجموعة ، فلو كان أفراد المجموعة يتعاطون المخدرات فلن يقبلوه في العادة إلا إذا أصبح مثلهم وبالتالي يسعى إلى أن يندمج مع المجموعة ويكون معهم ، و يتشابه هذا الحال أيضا بالنسبة للفتيات(مُحَمَّد الجندي ،2019 ،ص30).

1-3-4-غياب القدوة الحسنة وغياب التربية على القيم والمثل:

فعندما لا تكون نشأة الشاب على وجود القيم العليا والمثل الأخلاقية (مثل الصدق وعفة النفس ، و إحترام الأعراف الإجتماعية الجيدة ،...إلخ) فهذا ما يمكن أن يؤدي به إلى الوقوع في المخدرات.

1-3-5-الترويج:

سواء بالإعلانات أو بوسائل الإعلام والبرامج و الأفلام و المسلسلات ، و الترويج قد يكون مباشرا و أحيانا غير مباشر (و هذا هو الغالب) ، حتى أن إحدى الدراسات على اليافعين الألمان أشارت إلى ان قيام الوالدين بحظر مشاهدة أولادهم للأفلام التي تناسب أعمارهم كان له دور في تقليل إحتمالية تعاطيهم المستقبلي للوقوع في تدخين التبغ أو تعاطي الكحول(مُحَمَّد الجندي ،2019 ،ص30).

1-3-6-ضعف الوازع الاجتماعي:

بعض المجتمعات ليس لديها وعي أصلا تجاه المخدرات و قد لا ترى أن هذه المواد تسبب الإدمان ، وهذا قد يشجع عى التعاطي ، و أحيانا هناك بعض المجتمعات التي تغيب فيها القوانين الرادعة بشأن تعاطي المخدرات مما قد بشجع على التعاطي(مُحَمَّد الجندي ،2019، ص31).

هذه الأسباب عامة يمكن أن تشكل عوامل خطورة تزيد من إحتمال تعاطي المخدرات ويقابلها عوامل الحماية التي تقلل من إحتمال تعاطي المخدرات وكل إنسان على ما يغلب عليه فإن غلبت عوامل الخطورة داخل في المخدرات و إن غلبت عوامل الحماية كان في منأى عن الإدمان.

2- شخصية المدمن:

يرجع الكثير من الباحثين أسباب الإدمان إلى سمات معينة تعتبر من العوامل المساهمة في إدمان المخدرات ، فأسباب الإدمان ولو تنوعت لا تعدوا أن تكون ذات دلالة على أن المدمنين يتميزون بخلل واضطراب في الشخصية حيث يرى رأفت عسكر أن هناك علاقة وثيقة بين اضطرابات الشخصية وتعاطي الأشخاص للمخدرات ليخففوا من حدة إضطراباتهم أو ربما ليزيدوا من تفاعلهم مع البيئة التي يعيشون فيها كي تساعدهم المخدرات على توافقهم أكثر من حياتهم ، ولقد دلت العديد من الدراسات في هذا المجال على وجود علاقة بين اضطرابات الشخصية وإدمان المخدرات ، وفي ما يلي أهم تصنيفات الشخصية الإدمانية.

2-1- الشخصية المتهيبة إجتماعيا:

المتهيب أو الهياب الاجتماعي شخص خجول يفضل العزلة ويهرب من الناس ومن التجمعات ،ولا يقوى على مواجهتهم ولا على التعبير عن رأيه ويشعر باضطراب شديد حين يضطر للتعامل مع الناس في ظروف إضطرارية ، وقد يكتشف هذا الإنسان أن إحدى المواد المخدرة تزيل خجله ، وتلغي توتره وتطلق لسانه وتهدئ من فزع قلبه ، فيستطيع التعامل مع الناس بسهولة وبدون خجل ، ويجد نفسه مطرا لإستعمال هذه المادة كلما اضطرته الظروف لمواجهة مسؤولياته مع الناس ، وهذا ما يجعله يلجأ إليها بشكل متقطع أو مستمر ، وقد يقوده سوء الإستعمال لهذه المادة إلى التعود عليها أو إدمانها ، ولكن لا علاج لحالته إلا هذه المادة التي يعرف أنها تغير من شخصيته تماما فينعم ولو لوقت قصير بنعمة التعامل الجريء بلا خوف من الناس (سعيدي عتيقة، 2016، ص157).

2-2- الشخصية الإكتئابية:

يمتاز صاحب هذه الشخصية بمزاج هابط معظم ساعات النهار ، والشعور الدائم بالتعب وفقدان الطاقة ، كذلك بتناقض في القدرة على التركيز ، والتردد وعدم القدرة على القرارات الحاسمة ، وتكون لديه مشاعر من اليأس والإحباط الدائم ، وهذا الإنسان معرض لنوبات حادة من هبوط المعنويات لعدة أيام قد يقاومها بإحدى المواد المخدرة أو المنشطة بشكل متقطع أو مستمر ، وقد يقود سوء الإستعمال لمثل هذه المواد إلى التعود عليها أو إدمانها ولكن لا سوى له إلا هذه المادة التي يعرف أنها ترفع معنوياته وتجلب له بعض السرور الذي

يفقده بشكل دائم ، والمدمن عموما مكتئب ويلجأ للمخدرات للتخفيف من حدة إكتئابه (ابريعم سامية ،2008 ،ص 105).

2-3- الشخصية السيكوباتية:

ما يميز هذه الشخصية عدم الإحساس بما هو صواب وماهو خطأ فهم يميلون إلى معيشة اللخظة الراهنة فقط ويرغبون في لذة فورية من الدوافع العابرة دون التأجيل ، وتتصف باللامبالاة والكذب والخداع ، ويسعى الشخص السيكوباتي نحو تحقيق ملذاته وإرضاءه لنزواته ، وعلى حساب كل القيم المتعارف عليها من مجتمعه ، فهو يسرق ،يرتشي ، يؤذي ، يدمن ، يفعل أي شيء دون أن يتحرك لديه أدنى إحساس بألم أو ندم وبشكل عام فإن السيكوباتي لا يتعلم من إخطائه ولا يجدي معه العقاب ، وقد تطرق العديد من العلماء لدراسة خصائص الشخصية السيكوباتية منهم 'رابين' الذي حدد هذه الخصائص فيما يلي:نقص الضمير ، عدم الإفادة من التجارب السابقة ،عدم وجود خطة ثابتة للحياة ،العجز عن الحب (سعيدي عتيقة ،2016 ،ص158).

2-4- الشخصية القلقة:

تعاني هذه الشخصية من القلق والتوتر ،وسهولة الإستثارة والإندفاع والعصبية وعدم الصبر مما يعرضه للخطأ ، وغالبا ما يدمن الشخص المكروب حتى يقلل من مشاعر القلق والتوتر ليحل محلها الإسترخاء والطمأنينة ، حيث يكتشف أن بعض المواد المخدرة تزيل كل التوترات وتجعله هادئا باردا ومسترخيا ومتأنيا ، ويجد نفسه مضطر لإستعمال مثل هذه المواد ومن ثم التعود عليها أو إدمانها ، ولكن لا خلاص له من عذابه إلا بهذه المواد المخدرة التي تمحو كل مشاعر القلق والتوتر وتحل محلها الإسترخاء والطمأنينة (ابريعم سامية ،2008 ،ص31).

2-5- الشخصية الحدية:

تتسم هذه بعدم الإستقرار أو الثبات في العلاقات الشخصية المتبادلة مع الإندفاعية الواضحة ، كذلك التهديد بالإنتحار ،وكذا دم الثبات الإنفعالي ، كما تمتاز بعدم تحمل الوحدة واضطراب الهوية بين الإندماج والتفكك ، فالمخدرات أصبحت البديل للموضوع فقدانهم القدرة التوافقية في العلاقة مع الأخر ، حيث المخدرات تزودهم براحة وقتية من الألم النفسي نتيجة (إبتسام غانم ،2012 ،ص9).

2-6- الشخصية النرجسية:

تتصف هذه الشخصية بالإنشغال المفرط بما يتعلق بتقدير الذات ، وتطالب بالحصول على الإعجاب الشديد ، وتفتقر إلى التعاطف مع إنشغال دائم بخيالات النجاح الذي لا يعرف حدودا ، ومن ثمة الإعتماد على المخدر لكي يعوض المدمن ضعف النرجسية ، لكون معظم المدمنين متمركزين حول ذاتهم (إبتسام غانم ،2012 ،ص9).

2-7- الشخصية الإعتمادية:

يتصف صاحب هذه الشخصية بالشعور بصعوبة إتخاذ قرارات الحياة اليومية دون اللجوء إلى ان نصح الأخرين ، يحتاج في أحيان كثيرة أن يتولى غيره المسؤولية ويجد مشقة في التعبير عن إختلافه في الرأي مع

الأخـرين لخوفـه مـن فقـدان دعمهـم إلـى غيـره مـن الصـفات ، لـذلك تكـون لديـه حاجـة مسـتمرة للإعتمادية ،وبتعاطيه للمخدرات يشبع تلك الحاجة وذلك بتزويد نفسه عن طريق تأثيرات المخدرات السارة وإن كانت مؤقتة بمشاعر الدفء والراحة (أمزيان لوناس ،2007 ،ص214).

2-8- الشخصية المتهيبة إجتماعيا:

تتسم بشعورها بالسعادة عندما تكون هي الضحية ، وتجد لذة في تعذيبها لنفسها ، كما تجد لذة في أن يقوم الأخرين بتعذيبها وإيلامها سواء أكان هذا الإيلام جسديا أم نفسيا إلى غيره من السمات ، لذلك يلجأ صحب هذه الشخصية إلى المخدرات لأنها تجعله يستمر في العذاب ويستسيغ القلق والتمزق الذي يشعر به من جراء المخدرات (إبتسام غانم ،2012 ،ص10).

2-9- الشخصية غير الناضجة:

تتسم هذه الشخصية بالعجز عن إقامة علاقات هادفة مع أشخاص أخرين ، فصاحب هذه الشخصية يثور بسرعة وينفعل لأتفه الأسباب ويضخم الأحداث البسيطة لضيق أفقه ، ثم يهدأ ويعتذر ، وبعد ندمه يعود فيكرر نفس الأسلوب ، ولذلك يلجأ إلى المواد المخدرة ليتحكم في إنفعالاته (إبتسام غانم ،2012 ،ص10).

2-10- الشخصية البرانوية:

ويشعر صاحب هذه الشخصية أن مستواه أرقى من مستوى باقي الناس ، فإذا عاملته على أنه إنسان عادي فإنه يشعر بأنه مضطهد ومهان لذلك لا يربط أية علاقات مع الناس وتكون المواد المخدرة أعز صديق له (إبتسام غانم ،2012 ،ص10).

الفصل 5: النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات وعلاقة الإدمان و PTSD

1-المقاربات المفسرة للإدمان على المخدرات

2-1-النظرية الوراثية

2-2-النظرية التحليل النفسي

2-3-النظرية السلوكية

2-4-النظرية التعلم الاجتماعي

2-5-النظرية المعرفية

2-6-النظرية الإجتماعية

2- العلاقة بين الإدمان وحالة إجهاد ما بعد الصدمة

1- المقاربات المفسرة للإدمان على المخدرات:

1-1- النظرية الوراثية:

تفسر هذه النظرية فكرة الإدمان على أساس وراثي ، أي خاصية الإدمان تنتقل من الأباء إلى الأبناء كما هو الحال بالنسبة للصفات الوراثية الأخرى .

وقد إستمدت أدلتها إنطلاقا من دراسة الحيوانات في المختبر ، و دراسة التاريخ العائلي و دراسة التوائم ، و دراسة التبني و دراسة السمات السلوكية والنفسعصبية ، وتؤكد هذه النظرية أنه تم التمكن من ملاحظة الفئران التي تعلم أبائها إدمان المخدرات ، كانت تدمن أيضا هذه المواد دون تدريب ، وهو ما أوضحته دراسة **ولكر** ، كما أكد نفس الباحث أن نسبة حدوث الإدمان لأبناء من أباء يتعاطون المخدرات تتراوح بين (13 و 17) أمثال حدوث ذلك من أباء لا يتعاطون المخدرات .

وهذا يعني أن الميول الإدمانية تظهر عند الأفراد من نفس العائلة ، وقد أوضحت هيئة الأمم المتحدة في دراسة على الأطفال والمخدرات ، أن ألاف الأطفال في العالم يولدون مدمنين على الهيروين بسبب إدمان أمهاتهم على هذا المخدر ، فيكون أول شيء يعرفونه في العالم هو الألم الحاد بسبب الانقطاع عن تعاطيه (نويبات قدور ،2006، ص 66).

1-2- النظرية التحليل النفسي:

أجمع أنصار نظرية التحليل النفسي على عدم وجود شخصية إدمانية موحدة ، حيث يرى بارجوري (Bergeret,1981) ، و ألفانستين (Olivenstie ,1991) أن مشكل الإدمان يخص كل البنيات النفسية الذهانية والعصابية والحالات الحدية .

علاوة على ذلك فإن المدمن يقبل على المخدر بحثا عن التوازن بينه وبين واقعه ، فالعقار هنا وسيلة علاج ذاتي يلجأ إليها الشخص لإشباع حاجات طفلية لا شعورية ، فهو المدمن النفسي الجنسي مضطرب لتثبيت الطاقة الغريزية في الفم ، و عندما يكبر تظهر على شخصيته صفات التثبيت منها: السلبية والإتكالية ، عدم القدرة على تحمل التقتر النفسي و الإحباط.

فالإدمان حسب هذه النظرية يعتبر نكوصا إلى المرحلة الفمية ، و المدمن هو فرد يلجأ للمخدر بسبب صعوبة مواجهة الصراعات التي تعبر عن الشعور بفقدان الموضوع ، فالتنظيم العقلي للمدمن يشير إلى نرجسيته الهشة و إلى التقدير المنخفض للذات ، فنجد بارجوري يشير إلى أن معظم الممدمنين ينتمون إلى شخصية ذات طبيعة إكتئابية (فاطمة صادقي ،2004، ص ص 195 ،194).

و يمكن تلخيص تفسير مدرسة التحليل النفسي للإدمان في النقاط التالية:

- تعبير وظيفي لذات عليا ناقصة.
- تعويض عن إشباع شديد نتج عن حرمان من إشباع بعض الحاجات الأساسية .

- سلوك شخصي يشكل عصابا .
- سلوك يعبر عن فقد المعايير الاجتماعية.
- التعـاطي للمخـدرات مظهـرا مـن مظـاهر الاضـطراب والسـلوك الشاذ(المشـرف عبـد الإلـه و أخرون ،2011، ص 86)

1-3- النظرية السلوكية:

يعتمد التفسير السلوكي لظاهرة الإدمان على نظرتي التعلم وخفض التوتر ، فحسب هذا التفسير فإن سلوك الإدمان أو التعاطي هو سلوك متعلم و مكتسب عن طريق الإستمرار و المداومة على أخذ الجرعات والكميات من المادة المخدرة ، ومن ثم فإن المداومة على فعل أي شيء يؤدي إلى تعلم هذا الفعل.

يرى أصحاب نظرية التعلم أن المدمن يلجأ إلى الشراب أو التعاطي للشعور بالسكينة والهدوء ، مما يدفعه إلى التكرار في ذلك مرات مقبلة ليحصل على نفس الشعور فحسب نظرية التعلم فإن سلوك التعاطي يكون عن طريق التكرار فتلك الرغبة القاهرة في الحصول على المخدر لتخفيف الأثار المزعجة تجعل المدمن يكرر تناول المادة التي إعتاد عليها وبالتالي يصبح هذا السلوك معتاد و مألوف أي متعلم .

أما نظرية خفض التوتر فتجعل كل السلوكات و الأفعال التي نقوم بها تهدف إلى تحقيق هدف واحد و محدد هو خفض التوتر الذي نشعر به ، حيث تعتبر كل السلوكات جهدا يهدف إلى خفض التوتر ، ومثال عن ذلك المدمن الذي يسعى وراء الحصول على المخدر ، فسلوكه يهدف إلى الحصول على المتعة و الإنشراح وتجنب القلق والتوتر الناجمين عن إنسحاب المخدر (سليماني فتيحة ،د.ت ،ص 41).

1-4- نظرية التعلم الاجتماعي:

تذهب نظرية التعلم الاجتماعي إلى أن الجماعات المرجعية لها دور كبير في بلورة السلوك الاجتماعي ، إذا تؤكد النظرية على أن سلوكيات الإنسان هي سلوكيات متعلمة من الأخرين ، عن طريق المحاكاة والإختلاط ، فالطفل يتعلم كيف يأكل كيف ينام بواسطة الجماعة المرجعية (الأسرة) ، فالسلوك الإنساني سلوك ير موروث و إنما يكتسبه عن طريق التعلم و بواسطة التفاعل والتواصل مع أشخاص أخرين ، و قد تكون الجماعة المرجعية تنتهج سلوكا إيجابيا وهذا محفز إلى أن تكون سلوكيات أفراد الجماعة سلوكيات إيجابية ، وقد تكون الجماعة المرجعية تنتهج سلوكا سلبيا وهذا محفز إلى أن تكون سلوكيات الأفراد سلبية ، و يؤكد أصحاب هذه النظرية على مفهوم التقليد حيث يختار الفرد لنفسه مثلا يحذو حذوه ، كما يؤكدون على ظاهرة الإندماج التي تعني ضرورة إندماج الشخص مع الجماعة وعلى ذلك تفسر نظرية التعلم الاجتماعي تعاطي المخدرات والإدمان عليها ، بأنه سلوك متعلم ، ناتج عن مخالطة المتعاطي للجماعة المرجعية (المتعاطين) بحيث يستمر الفرد في التعاطي ليشعر بالإنتماء إلى الجماعة كما أن الجماعة تدعم هذا السلوك (سامية ابريعم ،2008 ، ص 111).

1-5- النظرية المعرفية:

تؤكد النظرية المعرفية على أن الناس لا يقعون فجأة و بشكل لا يقبل التفسير ضحايا لإدمان المخدرات ، حيث أنهم يتطورون بشكل نشط في إستخدامهم للمخدر ، وتلعب إتجاهاتهم ومعتقداتهم و نواياهم وتوقعاتهم دورا مهما في هذا التروط مع المخدر ، و يؤكد أصحاب هذه النظرية على دور التوقعات الإيجابية من تعاطي المخدر على إستمرار التعاطي و زيادة الجرعة منه ، أيضا المعتقدات غير الواقعية تلعب دورا كبيرا في حدوث الإدمان ، حيث يعتقد البعض أن المخدرات تزيد من القدرة الجنسية ، و أنها تجعل الفرد يستطيع التعبير عن مشاعره بصورة أفضل

أيضا إحكام السيطرة على التتر والحزن والمشاعر المؤلمة التي تعتري الفرد وتوفير مشاعر الراحة... إلخ من المعتقدات غير المنطقية التي تعتري ذهن الفرد و التي تؤدي به إلى إستخدام المواد المخدرة ومن ثم الوقوع في الإدمان ، و كذلك فالإدمان هو ناتج عن الطريقة التي يفسر بها الفرد المواقف الحياتية التي يمر بها ، و الأفكار التي تراود الأفراد بشأن هذه المواقف ، هذه الأفكار التي تؤدي بالأفراد إلى الشعور بالألم والكدر و الحزن والقلق فتجدهم يلجأوون إلى المخدرات كجل للحصول على الراحة والتخلص من كل تلك المشاعر المؤلمة (سامية ابريعم ،2008 ، ص 111).

1-6- النظرية الاجتماعية:

لقد أولى علم الإجتماع إهتماما كبيرا بظاهرة الإدمان و أعطاها تفسيرا نظريا يعتبرها سلوكا إنحرافيا يتخذه الفرد تعبيرا عن رفض الإمتثالية والمسايرة للمعايير والقيم السائدة في المجتمع .

فسلوك التعاطي هو سلوك سلبي يظهره الفرد نتيجة مشاعر الإغتراب والتباعد القوي عن المجتمع ، و رفض كل ثقافة فرعية أخرى ، لانه تبنى ثقافة التعاطي كثقافة فرعية خاصة به ، و أكثر من ذلك دخلت ضمن اهداف الفرد الذاتية ، ويرجع بذلك إنتشار ظاهرة إدمان المخدرات في كل المجتمعات إلى التغير في تركيب الأسرة وو ظيفتها ، و إلى ضعف القيم الروحية ، و الإتجاه نحو المادية المطلقة التي تجعل الإنسان عموما و المراهق خصوصا يشعر بعدم الإطمئنان و الثقة في المجتمع الذي ينتمي إليه ، فيتمرد عليه بتكوين جماعات فرعية خاصة به ، من سماتها تعاطي المخدرات ، و هذا يشعره أنه فرد فعال له قيمته الإجتماعية ، لكن تحركاته في حقيقة الأمر ما هي سلوكات إنحرافية و خطيرة عل حياته.

ولا يقتصر تفسير علم الإجتماع لظاهرة التعاطي على الثقافة والمعايير الاجتماعية والقيم ، و مشاعر الإغتراب ، بل يتعدى ذلك إعطاء أهمية لحالة الضغط التي يعانيها الشباب ، و المترتبة عن الوضع الإقتصادي الأسري المتردي ، والبطالة والمشكلات الأسرية والتعرض المستمر للإحباطات.

كما تعطي هذه النظرية دورا بارزا وعلاقة وطيدة للضبط الإجتماعي بظاهرة الإدمان على المخدرات وسواء من الظواهر الإنحرافية الأخرى ، ويقصد بالضبط الإجتماعي جميع القوانين الرسمية مثل القوانين التي تحكم الإقتصاد والأسرة وغيرها ، وحتى القوانين غير الرسمية التي يضعها الأب ، سيد العشيرة... إلخ (نويبات قدور ،2006 ، ص ص 70،71).

ومن خلال طرحنا لمختلف المقاربات النظرية المفسرة لظاهرة وسلوك الإدمان على المخدرات ، نرى أن كل مقاربة ركزت على جانب معين ،فالتحليلية ترجع الإدمان إلى البنية النفسية الغير سوية أما البيولوجية إلى عوامل وراثية...

2- العلاقة بين الإدمان وحالة إجهاد ما بعد الصدمة :

يعتبر PTSD بعد الاكتئاب الأكثر إرتباطا بالإدمان ، حيث لاحظ العلماء زيادة و تكرار السلوكات الإدمانية لدى الأفراد ضحايا صدمة عنيفة كالحروب والإعتداءات الجنسية المتكررة في الطفولة والمراهقة.

من خلال متابعة Sigward لمفحوصين في مستشفى Tenon وجد 80% من المدمنين على المخدرات كانوا ضحايا أو شاهدين على حوادث صدمية (53% من بينهم عانوا على الأقل من تحرش جنسي أو إغتصاب).

Mills (2005): 92% من المدمنين على الهيروين تعرضوا لحادث صدمي ، 42% طوروا حالة PTSD (لونيس زهرة ،2014 ،ص92).

هناك عدة أسباب لتفسير العلاقة بين الإدمان و PTSD ، و أهمها على ثلاث مستويات : الشخصية ، الجوانب السلوكية والمستوى العصبي البيولوجي.

- **على المستوى السلوكي:** الإعتماد على المخدرات يعتبر كوسيلة تعديل للتوازن النفسي ، حيث تكلم Briere عن إستعمال المواد ذات الإنتحاء النفسي التي تعتبر كإستراتيجية تكيف لتجنب المشاعر السلبية والداخلية المتعلقة بالصدمة ، كذلك المخدر بالنسبة للمدمن هو وسيلة للتحكم في الأعراض الصدمية الأكثر إزعاجا وتعطي تخدير جسدي ونفسي.
- **على المستوى العصبي البيولوجي:** لاحظ Khantzian أن تفضيل المدمن لبعض المواد راجع للتأثيرات الخاصة لهذه المواد/ حيث الهيروين يستعمل لتخفيف مشاعر الغضب والعدوانية ، الكوكايين له مفعول قوي ضد الإكتئاب أما الكحول يعتبر كأقدم علاج ضد الأرق ، الكوابيس و أعراض أخرى دخيلة ، كل هذه المواد لها مفعول على نظام الأفيونية الذاتية الذي يتلف بواسطة التغيرات الفيزيولوجية الملاحظة في حالات الصدمات الحادة.
- **على مستوى الشخصية:** عدم الإستقرار الإنفعالي أو العصابي ، حوادث مرتبطة بالصدمة والإدمان على المخدرات حيث لاحظ Mac Farlane أن الأشخاص الذين تعرضوا لعوامل إجهاد مبكر هم الأكثر تبعية للنيكوتين ، التعرض لحوادث صدمية في الطفولة خاصة النمط 2 (التعرض المزمن) يساعد على تطور إضطراب الشخصية الحدية ، هذه الأخيرة في علاقة مرضية مع الإدمان على المخدرات (Kédia et Séguin,2008,P125-126).

الفصل 6: الوقاية من الإدمان على المخدرات وعلاجها

1-الوقاية من الإدمان على المخدرات

أ-الوقاية من المستوى الأول

ب-الوقاية من المستوى الثاني

ج-الوقاية من المستوى الثالث

2-العلاج

2-1-العلاج الطبي

2-2-العلاج النفسي

2-2-1-التحليل النفسي

2-2-2-العلاج المعرفي السلوكي

2-2-3-العلاج الاسري

2-2-4-العلاج المؤسساتي المتكامل

2-2-5-التأهيل والدمج الإجتماعي

2-2-6-المتابعة

1- الوقاية من الإدمان على المخدرات:

حدد العديد من المختصين في مجال مكافحة المخدرات والوقاية منها أنماط ومستويات مختلفة للتصدي لن بين المستويات الوقائية التحديد والتقسيم الذي وضعه Arif et Westermeyer ، وتتمثل في:

أ- الوقاية من المستوى الأول:

هي كل فعل يهدف إلى الحد من ظهور حالات جديدة للتعاطي ، يدخل فيها إجراءات التوعية والتحسيس ، وكذلك الإجراءات التي تتخذ على مستوى الدولة (شلاوشي وسحيري ،2020 ،ص664).

والمستوى الأول يقصد به أول خطوة للحملة التحسيسية وتساهم فيها الأسرة بالدرجة الأولى ، ووسائل الإعلام ، والأمن وهذا لمنع قدر الإمكان ظهور هذه الأفة ، فهي مهمة المجتمع بجميع مؤسساته وأفراده ومختصيه وهيئاته وهذا لتوعية أفراد المجتمع كبيرا وصغيرا بمخاطر المخدرات وأثارها المدمرة على الفرد من جميع النواحي جسديا ونفسيا وفكريا وروحيا ، وعلى المجتمع على حد سواء.

ب- الوقاية من المستوى الثاني:

و هدفه التدخل العلاجي المبكر لتفادي الوصول إلى حالة الإدمان ، و هذا على أساس الإعتراف بأن الفرد أقدم على تعاطي المخدرات لكنه لم يصل بعد إلى مرحلة الإدمان ، أين أنه مازال في مرحلته الأولى (شلاوشي وسحيري ،2020 ،ص664).

و هذا المستوى يظهر عند التأكد بأن الفرد يتعاطى المخدر ، وهنا تبدأ عملية التشخيص المبكر وعلاج أعراض التعاطي على الفرد ، وهنا تكمن أهمية الأسرى في هذا المستوى من الوقاية ، فمراقبة الأولياء لأبنائهم مراقبة مستمرة قد تظهر أي تغير في سلوك أحد أبنائها فيقومون بالتوجه به لمركز مختص في علاج الإدمان وهذا من أجل التدخل السريع والتشخيص المبكر للحالة والعلاج.

ت- الوقاية من المستوى الثالث:

تحاول الوقاية من المستوى الثالث العلاج لخفض مخاطر الإدمان ، ويتوسع في بعض الأحيان إلى إبتكار أساليب مرنة تسمح للمدمن أن يعيش حياة أقرب للسواء تعينهم في الحياة ولكن تحت مراقبة طبية و أسرية (شلاوشي وسحيري ،2020 ،ص664).

فالوقاية بمستوياتها الثلاث سواء الوقاية قبل حدوث الإدمان أو الوقاية بعد حدوثه كي لا تتفاقم نتائجه على الصعيدين الفرد والمجتمع ، هي مستويات على قدر كبير من الاهمية ومهمة المجتمع ككل من أسرة ومدرسة ووسائل الإعلام ومساجد وأمن وكل فرد في المجتمع بدون إستثناء.

2- العلاج:

2-1- العلاج الطبي:

بما أن المخدرات مواد سامة تؤثر مباشرة على عمل المخ إستوجب الأمر في بداية العلاج ما يسمى بتخليص الجسم من السموم أساسا والتخفيف من ألام الإنسحاب وعلاج الأعراض الناتجة والمضاعفة لمرحلة الإنسحاب ، ويفضل في ي البداية حقن المريض بعض المهدئات والمنومات والمسكنات مع متابعة دقيقة للوظائف الحيوية كضغط الدم وحركة التنفس والنظام والقلب ويفضل إعطاء مضادات الصرع خاصة إن كان المريض مدمنا على العقاقير المهدئة ، وعموما يقوم العلاج على مبدأين وهما:

- مبدأ الفطام التدريجي للمدمن من المخدر الذي أدمنه.
- مبدأ سد القنوات العصبية التي يسلكها المخدر داخل الجسم لتأثير في سلوكياته ، وعلى الطبيب المعالج إختيار أحد المبدأين حسب إعتبارات متعددة (بن عشي ،د.ت ،ص129).

2-2- العلاج النفسي:

هناك عدة تفسيرات نفسية للإدمان على المخدرات ترجع سببه إلي وجود سمات معينة في شخصية المدمن وفي بنائه الدينامي أو انه يعاني من اضطرابات في الشخصية أو أنه إكتسبه كسلوك متعلم ، وتم إستنباط عدة أساليب علاجية من هذا المنطلق النفسي في الإدمان:

2-2-1- التحليل النفسي:

ينطلق هذا النوع من العلاج على فرضية وجود قوى لاشعورية مكبوتة تهيء الفرد للتعود والإدمان ، فمع فشل الفرد في حل صراعاته الداخلية وفي بناء التوازن النفسي بين الرغبات وأفاق السياق الاجتماعي والعلاقات بالأخرين فإنه لا يستطيع التعامل مع الواقع بكفاءة ، مثل هذا الفرد يتعاطى عن طريق الصدفة أو المعرفة بالعقار أو السعي نحو العقار لعلاج نفسه أو لتخفيف مشاعر سلبية ، وتساعده المخدرات على تخفيف الألم النفسي وعلى هذا يعمل التحليل النفسي من خلال فنيات التداعي الحر على إستثارة المكونات اللاشعورية للظهور بهدف تنمية مهارة رعاية الذات وتنظيم وإدارة الرغبات الداخلية ورفع تقدير الذات والتغلب على مشاعر الذنب والخزي ، وتحسين مستوى التواصل في العلاقات الشخصية المتبادلة ، وتطبيق هذه التقنيات بصورة فردية وجماعية ، ونظرا لطول مدة العلاج والعواقب الوخيمة لظاهرة فصل الطرح الموجب إتجاه المحلل من حيث يندفع المريض إلى الإنتكاسة السريعة لذا ينبغي أن يتم هذا النوع من العلاج كجزء من برنامج علاجي متكامل مع علاجات أخرى لرفع مستوى الإستبصار والتغلب على الإنكار(بن عشي ،د.ت ،ص130).

2-2- 2- العلاج المعرفي السلوكي:

يهدف هذا النوع من العلاج إلى رفع المهارات الاجتماعية والكفاية الذاتية والتحكم الداخلي للأحداث والتغلب على الضغوط ، وإبدال الأفكار الإنفعالية اللاعقلانية بأفكار عقلانية معرفية والتدريب على الإسترخاء ، لتخفيض معدلات القلق والغسثياء والتعامل بكفاءة مع الأخرين ورفع مستوى القدرة والسيطرة على النفس في حال الإقبال على التعاطي والإنتكاسة ، ولقد طور مارلات وجوردن 1980 هذا الأسلوب لتعليم المرضى الإستعجالات المعرفية المعقولة في مواقف الإنتكاسة ، هذا وتستخدم برامج تدريب مهارات لخفض تعاطي الكحول مع إستخدام نموذج تربوي من مهارات الحياة ، لكن هذا الأسلوب ذو كفاءة جزئية مع مرضى الإدمان خاصة مدمني الكحول والمستحضرات ذات الإنتحاء النفسي ، خاصة في الثقافات الغربية التي يشبع فيها إستهلاك تعاطي الكحول مما يسبب إرتفاعا في معدلات الإدمان ، كما أنه يتطلب خبرة وتدريبا طويلا فضلا إلى حاجته لشبكة الدعم الاجتماعي وتفعيل الدور الأسري والعمل(بن عشي ،د.ت ،ص131).

2-2-3- العلاج الأسري:

يتم العلاج الأسري بالأسلوب الجماعي لتكوين تحالف علاجي مع أعضاء الأسرة و إكتشاف أنماط التواصل غير التوافقية ، وتشخيص البناء الأسري وفحص طبيعة الإضطرابات الأسرية التي تتمثل في اضطرابات النظام الوظيفي لها والذي حدده Mcare 1980 على هذا النحو:

- وجود أدوار جامدة في عملية التواصل الأسري تعيق وبشدة فعالية هذه الأدوار.
- الفشل في التعامل مع المشكلات والتعامل بواقعية مع إمكانيات الأسرة.
- عدم القدرة على الإشباع العاطفي للأفراد.
- معظم العلاقات داخل الأسرة تكون مخادعة ومرتبكة وبالتالي لا تساعد ولا تشجع على النمو العقلي والعاطفي والروحي لكل فرد.
- تكون الأسرة ملونة بعار مزمن يعشش في كيانها.
- يسود الجو الاسري التواصل السلبي الذي يجعل أفراد الأسرة منشطرين ويتورط أعضاء منها في التعامل أو التحالف السلبي كدليل على التفكك.

ما يواجه هذا النوع من العلاج هو مقاومة الاسرة لفكرة مرض الإدمان ، وإعتباره نوعا من الفشل في التربية وسوء الأخلاق وغياب الوازع الديني ورفقة السوء فضلا عن إستخدام الإنكار: إبننا ليس مدمنا ، أو النبذ المقنع بإيداع المريض المستشفى ، وعدم الإتصال به أو النبذ الصريح بإستدعاء الشرطة ليداع في المؤسسة العلاجية ، وإن حدثت الإنتكاسة فالأسرة غالبا ما تلقي باللوم على البرامج العلاجية أو على الأصدقاء.

لذا فهذه العلاجات تسعى لتجنب نقل عدوى الإدمان إلى أعضاء أخرين وإعادة التوازن الأسري وتحسين التواصل بين أفرادها والتعامل مع مشاعر الخزي والذنب وتكوين نسبة معرفية تتعامل مع الواقع الفعلي بعيدا عن الإنكار الذي يؤدي إلى تفاقم المشكلة.

ينبه المختصون إلى أنه لا ينصح القيام بهذا العلاج إذا كانت الأسرة على وشك الإنهيار بسبب الطلاق أو إن كان المريض معزولا عن أسرته بسبب البعد الجغرافي ، أو إصابته بمرض عقلي شديد ، أو إذا كانت الأسرة من النوع الجامد الرافض للتغيير ، أو أن الأسرة في ذاتها من مصادر المرض نفسه.(الأب مثلا من تجار المخدرات مدعم لإدمان المخدرات) (بن عشي ،د.ت ،ص131-132).

2-2-4- العلاج المؤسساتي المتكامل:

يمثل ذروة ما وصلت إليه الجهود العلاجية في ميدان الإدمان ، ويطبق هذا النوع من العلاج داخل المؤسسات العلاجية سواء كانت حكومية أم خاصة ، يعتمد على برامج علاجية مرحلية وتكاملية حيث يتم الجزء الأساسي منها داخل المستشفى ثم تتوالى المراحل في العيادات الخارجية والمنزل والمدرسة ومكان العمل ، فهذه المؤسسات تضم فريقا علاجيا متخصص يسعى لإغلاق حلقات في وجه المتعاطي وهي : الحلقة البدنية العصبية التي يقوم عليها فريق من الأطباء ثم الحلقة النفسية يقوم عليها مختصون نفسيون ، والحلقة الاجتماعية يقوم عليها أخصائيو الخدمة الإجتماعية والعلاج الأسري ، ويؤازرهم في ذلك إستشاريون ومرشدون دينيون ، ومعالجون بالعمل والاشغال اليديوية الفنية والرياضية ، وتقوم عادة بهذا العلاج الدولة نظرا لإرتفاع تكلفته(بن عشي ،د.ت ،ص132-133).

2-2-5- التأهيل والدمج الإجتماعي:

التأهيل عملية مهمة في سلسلة التدخلات العلاجية لإعادة الشخص إلى حالة جيدة جسميا ، نفسيا ، وإجتماعيا وحتى مهنيا ، ويتناول التغيرات التي تطرأ على شخصية الفرد وذلك حتى يظل متوقفا عن التعاطي بعد العلاج من الإدمان وأن يندمج أسريا وإجتماعيا ومهنيا.

2-2-6- المتابعة:

يجب الإهتمام بالمتابعة والرعاية اللاحقة حسب نظام مخطط لتجنب الإنتكاسة وذلك بمتابعة الأسباب المحتملة التي قد تعيد المريض الذي تم علاجه إلى الإدمان مرة ثانية.

هناك بعض التوصيات لمصاحبة للجهود المتكاملة طبيا ونفسيا وإجتماعيا في علاج الإدمان والتي من أهمها:

- إجراء العلاج في المصحات خاصة ضمانا لعدم إمكان الحصول على مواد التعاطي.
- إثارة الدافعية والرغبة القوية للشفاء لدى المدمن.
- النظر إلى المدمن على أنه مريض يجب أن يعالج.
- التعرف على أسباب الإدمان في كل حالة وإزالتها والتخلص منها.
- تعريف المدمن وإقناعه بأضرار الإدمان وتشجيعه على الإمتناع عن التعاطي والتأكيد على أن العودة ولو مرة واحدة للتعاطي يعني العودة للإدمان مرة ثانية.
- الإهتمام بعلاج مصاحبات الإدمان كالإكتئاب ، الفصام...إلخ(بن عشي ،د.ت ،ص133).

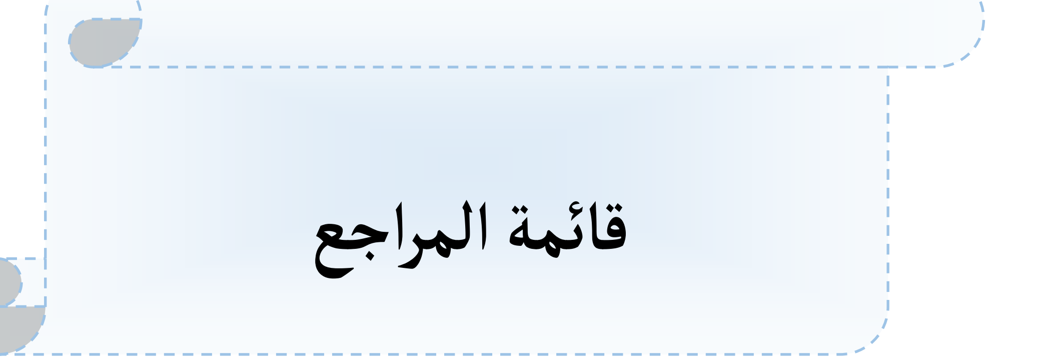
الخاتمة

ظـاهرة إدمـان المخـدرات باتت تتفاقم يوما بعد يوم نظـرا لتجاهل الكثير من العوامل والظـروف الاجتماعية والنفسية والسلوكية التي يعيشها الشباب والتي تسهل الحصول على المخدر ومن ثم السقوط في شباك المتعاطي خاصة في دول العالم الثالث الفقيرة ومنها الدول المعربية. وعليه فمن الواجب أن تراعي هذه الدول مثل هذه الظروف إذا أرادت أن تحمي شبابها من هذه الآفة وتداعياتها الخطيرة على مختلف مؤسسات المجتمع وعلى رأسها الأسرة وما لحقها من تفكك وتصدع نتج عنهما شباب غير قادر على تحمل المسؤولية اتجاه أسرته ومجتمعه...

و لهذا بات لزامـا على كل الأطـرف تحمل مسؤولياتهـم اتجاه مرتكبي مثل هذه الجرائم ومنها جريمة المتعاطي بإنزال أقصى المعقوبات على تجار المخدارت ومتعاطيها حفاظا على سلامة المجتمع واستقارره ، الشيء الذي يستوجب مكافحة هذه الآفة بوضع خطط كفيلة بالحد من انتشارها ، و على المدولة أن تضع برامج وقائية تستهدف نشر الوعي بين مختلف الفئات الاجتماعية حول أخطار المتعاطي والإدمان .

فالمدمنين هم ضحايا وبحاجة إلى حماية ومساندة من طـرف المهيئات والمنظمات المعنية وخاصـة وزارة المصحة والمشؤون الاجتماعية بإنشاء مراكز خاصة لمعالجة المدمنين ، لهذا فالمعلاج و الموقاية من مخاطـر المخدارت يستوجب تضافر كافة المجهود والمتنسيق بين مختلف مؤسسات المجتمع فالأسرة و المدرسة والمسجد و المجتمع المدني و مؤسسات المدولة ، كلها مسؤولة على محاربة هذه المظاهرة التي أصبحت تهدد المجتمع في كيانه ووجوده ، وعلى هذا الأساس يمكن اعتبار المعملية الموقائية و المعلاجية هي المسبيل المثل للقضاء على هذه المظاهرة أو على الأقل المتخفيف من آثارها المدمرة للفرد و الأسرة و المجتمع ككل .

.


قائمة المراجع

قائــمة المراجــع

- المراجع باللغة العربية:

1. إبتسام غانم.(2012) مقاربة نفسية لظاهرة تعاطي المخدرات ،مجلة تطوير العلوم الإجتماعية ،المجلد رقم5 ،رقم 2 ،ص ص 7-29.
2. أبريعم سامية.(2008) الرهاب الاجتماعي وعلاقته بإدمان المخدرات ،مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس المرضي ،جامعة مُحَمَّد خيضر بسكرة ،الجزائر.
3. أحمد شحاتة حسين.(2006) التدخين والإدمان والإعاقة ،الطبعة الأولى ، مكتبة دار المعرفة ،القاهرة ،مصر.
4. أشيخ نورة.(2022) التناذرات النفسية الصدمية عند المراهق ضحية الإعتداء الجنسي ، مجلة السراج في التربية وقضايا المجتمع ،مجلد06 ،عدد02 ،ص ص126-139.
5. أمزيان لوناس.(2007) إستراتيجية العلاج النفسي للإدمان على المخدرات عن طريق تصحيح التفكير وتعديل السلوك (دراسة ميدانية أجريت على مساجين مؤسسة إعادة التأهيل بتازولت ولاية باتنة)، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه ، كلية العلوم الإجتماعية والإنسانية ،قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا ، جامعة الإخوة منتوري ، قسنطينة ، الجزائر.
6. أوشيخ نورة.(2012)دراسة تحليلية لأثار الصدمة النفسية عند المراهق الجانح الجزائري ،أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي ،جامعة قسنطينة ،الجزائر.
7. أومليلي حميد.(2011) أثر الأحداث الصدمية داخل الأسرة في ظهور الإدمان على المخدرات عند المراهق الجانح ،أطروحة ماجستير علم النفس العيادي ، قسنطينة ، الجزائر.
8. بن النوي عائشة.(2020) المخدرات في الجزائر دراسة في واقع الظاهرة وسبل الوقاية ، مجلة التمكين الاجتماعي ،جامعة باتنة ،العدد3(2) ،سبتمبر ،الجزائر.
9. جيماوي فوزي.(2013) السياسة الجنائية لمكافحة المخدرات في الجزائر ،مذكرة لنيل شهادة الماجستير في القانون الجنائي والعلوم الجنائية ،جامعة الجزائر1.
10. حسين فايد.(2006) سيكولوجية الإدمان ،مؤسسة طيبة ،القاهرة ،ط1.
11. الحمادي أنور.(2021) الاضطرابات العقلية والسلوكية في التصنيف الدولي للامراض-11 ،الطبعة الحادية عشر ،
12. حمادي مُحَمَّد الشريف.(2015) المؤشرات السيكوباتية لدى المراهق مدمن المخدرات ، من خلال تطبيق الروشاخ ، دراسة إكلينيكية لثلاث حالات بسكرة ، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية ، شعبة علم النفس ، جامعة مُحَمَّد خيضر بسكرة ، الجزائر.

13. حمزة بن خدة.(2008) جريمة المخدرات بين الشريعة الإسلامية والقانون الجزائري ،بحث مقدم في مؤتمر جامعة بوضياف المسيلة ،الجزائر.
14. الحنفي عبد المنعم.(1995) موسوعة الطب النفسي ، الطبعة الأولى ، مكتبة مدبولي ،مصر.
15. دردار فتحي.(2005) الإدمان ، دار الإتقان ، الجزائر ،ط5.
16. الدمرداش عادل.(1990) الإدمان ،مظاهره ،علاجه ،عالم المعرفة ،الكويت.
17. زهران بن غرم المالكي(2005)الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للمدمنين والمطبق عليهم عقوبة تكرار تعاطي المخدرات ،دراسة ميدانية لمستشفيات الأمل في كل من الرياض وجدة والدمام ،رسالة ماجيستير (علوم اجتماعية)،جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية ،كلية الدراسات العليا ،الرياض.
18. سعيدة بن عشي.(د.ت) الأطفال وتعاطي المخدرات في المدرسة الجزائرية ،مجلة التغيير الاجتماعي والعلاقات العامة في الجزائر ،العدد السادس ،مخبر التغيير الاجتماعي في المدرسة الجزائرية ،جامعة مُحَمَّد خيضر ،بسكرة.
19. سعيدة دريفل.(2011) تعاطي المخدرات في الجزائر وإستراتيجية الوقاية ، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه ، جامعة الجزائر.
20. سعيدي عتيقة.(2016) أبعاد الإغتراب النفسي وعلاقتها بتعاطي المخدرات لدى المراهق ' دراسة ميدانية على عينة من تلاميذ ثانويات –مدينة بسكرة- دراسة مقارنة '،أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه ، جامعة مُحَمَّد خيضر بسكرة.
21. سليماني فتيحة.(2012) الإدمان على المخدرات و أثره على الوسط الأسري ،مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجيستير في علم النفس ،جامعة وهران.
22. سواس عبد الحليم أحمد.(2011) مفسدات التوازن الحيوي في الإنسان المخدرات بين المفهوم اللغوي والحيوي ،بحث مقدم لندوة المخدرات (حقيقتها وطرق الوقاية والعلاج)،جامعة نايف للعلوم الأمنية.
23. شابرول.(2001) الإدمان في سن المراهقة ،ترجمة فؤاد شاهين ،عويدات للنشر والتوزيع ،بيروت.
24. شحاتة أحمد حسين.(2006) المخدرات وخطرها على المجتمع.
25. شلاوشي أم النون ،سحيري زينب.(2020) عوامل الوقاية من تعاطي المخدرات وإدمانها كما يدركها المدمن ،مجلة العلوم الإنسانية بجامعة ام البواقي ،المجلد 7 ،العدد 3 ديسمبر 2020 ،ص ص 660-675.
26. صادقي فاطمة.(2004) الأثار النفسية للإدمان على المخدرات ،دراسات نفسية وتربوية ،مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية ،عدد 12.
27. الصرايرة خالد أحمد.(2008) المخدرات مفهومها وأسباب تعاطيها والأثار المترتبة عليها ، مجلة تطوير العلوم الاجتماعية ،المجلد01 ،العدد01 ،جامعة الجلفة ،الجزائر.
28. عبد الغني سحر.(2005) الأطفال وتعاطي المخدرات ،الطبعة الأولى ،المكتبة المصرية ،القاهرة.



29. عبد المعطي مصطفى عبد الباقي.(2006) دراسة نفسية للكشف عن البدايات السلوكية للإنحراف وتعاطي المخدرات لدى المراهقين ،مجلة علم النفس ، العدد 71-72 ،ص 114-129.
30. علي محمود السيد.(2012) المخدرات ،تأثيراتها وطرق التخلص الأمن منها ،الطبعة الأولى ،فهرسة مكتبة فهد الوطنية ، الرياض.
31. الغريب عبد العزيز بن علي.(2006) ظاهرة العود للإدمان في المجتمع العربي ،جامعة نايف للعلوم الأمنية ،الرياض.
32. قازان عبد الله مُحَمَّد.(2005) إدمان المخدرات والتفكك الأسري ،الطبعة الأولى ،دار الحامد للنشر والتوزيع ، الأردن.
33. القحطاني ربيع بن طاحوس.(2002) أنماط التنشئة الأسرية للأحداث المتعاطين للمخدرات ،أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية ،الرياض.
34. قماز فريدة.(2009) عوامل الخطر والوقاية من تعاطي الشباب للمخدرات ،أطروحة دكتوراه علم النفس الإجتماعي ، قسنطينة ،الجزائر.
35. لابلانش جان ، بونتاليس.(1985) معجم مصطلحات التحليل النفسي ، ترجمة مصطفى حجازي ، ط4 ، ديوان المطبوعات الجامعية ، الجزائر.
36. لابلانش جان ،بونتاليس جون.(1997) معجم مصطلحات التحليل النفسي ترجمة مصطفى حجازي ،المؤسسة الجامعية للنشر ،بيروت.
37. لابلانش جان ،بونتاليس جون.(2002)معجم مصطلحات التحليل النفسي ،ترجمة مصطفى حجازي ،ط4 ،مجد المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع ،بيروت ،لبنان.
38. لعزازقة حمزة.(2022) الأثار النفسية للإدمان على عقار البريغابالين دراسة إكلينيكية مقارنة لعينة من متعاطي المخدرات ،مجلة تطور العلوم الاجتماعية ، المجلد15(العدد01) ،جامعة زيان عاشور ،الجلفة ، الجزائر.
39. لونيس زهرة.(2014) الإدمان على المخدرات كاضطراب مصاحب لحالة إجهاد ما بعد الصدمة لدى ضحايا الإعتداء الجنسي ،رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي ، قسنطينة ،الجزائر.
40. مُحَمَّد مُحَمَّد فتحي.(2011) إدمان المخدرات والمسكرات بين الواقع والخيالي ،الطبعة الأولى ،مكتبة الأنجلو مصرية ،القاهرة.
41. المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية ،الأوصاف السريرية.(الإكلينيكية) والدلائل الإرشادية التشخيصية ICD-10 ،ترجمة أحمد عكاشة ، منظمة الصحة العالمية ،المكتب الإقليمي للشرق المتوسط.مصر.
42. مرسي محمود.(2005) الإدمان ، تبغ ،خمور ، مخدرات ، الطبعة الأولى ، مؤسسة الطريق ،الأردن.



43. مـروك نصـر الـدين.(2007) جريمـة المخـدرات فـي ضـوء القـوانين والإتفاقيـات الدوليـة ، دار هومة ،الجزائر.
44. مشـاقبة مُحَمَّد أحمـد.(2007) الإدمـان علـى المخـدرات الإرشـاد والعـلاج النفسـي ،الطبعة الأولـى ،دار الشروق للنشر والتوزيع ، عمان ،الأردن.
45. المشـاقبة مُحَمَّد أحمـد.(2012) الشـباب والمخـدرات الإرشـاد والعـلاج النفسـي ،دار الشـروق للنشـر والتوزيع ،القاهرة.
46. المشرف عبد الإله بن عبد الله.والجوادي.رياض بن علي.(2011) المخدرات والمؤثرات العقلية ،جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
47. مصطفى سويف. (1992)
48. مظلوم مُحَمَّد جمال.(2012) الإتجار بالمخدرات ، الطبعة الأولى ،جامعة نايف للعلوم الأمنية ،الرياض.
49. مقلاتـي فاطمـة الزهـراء و سـواكري الطـاهر(2021) البيـدوفيليا فـي المجتمـع الجزائري ،دراسـة حالـة للأطفال ضحايا الإعتداء الجنسي ،المجلد 11 ،العدد2 ديسمبر ،ص ص87-106.
50. المهنـدي خالـد مُحَمَّد. (2013) المخـدرات وأثارهـا النفسـية والإجتماعيـة و الإقتصـادية ، وحـدة لدراسـات والبحوث ، الدوحة ،قطر ،مركز المعلومات الجنائية لمكافحة المخدرات لمجلس التعاون لـدول الخليج العربية.
51. موسى رشاد عبد العزيز.(2001) أساسيات الصحة النفسية والعلاج النفسي ،مؤسسة المختار ،القاهرة.
52. ميمـوني بـدرة معتصـم.(2005)الاضـطرابات النفسـية والعقليـة عنـد الطفـل والمراهـق ،ط 2 ،ديـوان المطبوعات الجامعية ،الجزائر.
53. نويبات قدور.(2006) إتجاهات الشباب البطال نحو تعاطي المخدرات دراسة إستكشافية على عينة من شباب مدينة ورقلة ،مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير ،جامع قاصدي مرباح ،ورقلة.
54. وزارة العدل.(2005) قانون يتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الإستعمال والإتجار غير المشروعين بها ،الطبعة الأولى ،الديوان الوطني للأشغال التربوية ،الجزائر.

- المراجع باللغة الأجنبية:

1. Americain Psychiatric Association.(2005).Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux texte révisé (DSM4 TR), Masson.
2. Americain Psychiatric Association.(2013).Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Firfth Edition.Arlington,VA,American Psychiatric Association.
3. Bégue. (2014)Drogue ,alcool et agression,l'équation chimique et sociale de la violence,France,Dunod.

4. Kédia.M,Séguin.A et al.(2008)Laide mémoir de psychotraumatologie,Paris,Dunod.
5. Varezscon.J(2005)psychopathologie des conduites addictives alcolisme et toxicomanie,editions,berlin.



الـــنـــــــــــاشـــــــر:

المركز الديمقراطي العربي

للدراسات الاستراتيجية والسياسية والاقتصادية

ألمانيا/برلين

Democratic Arab Center

For Strategic, Political & Economic Studies

Berlin / Germany

المركز الديمقراطي العربي

للدراسات الاستراتيجية والسياسية والاقتصاديةألمانيا/برلين

البريدالإلكتروني*book@democraticac.de*



المركز الديمقراطي العربي
للدراسات الاستراتيجية، الاقتصادية والسياسية
Democratic Arabic Center
for Strategic, Political & Economic Studies

الكتاب : الإدمان على المخدرات: قراءة سيكولوجية

Drug Addiction

A Psychological Reading

رئيس المركز الديمقراطي العربي: أ. عمار شرعان

مدير النشر: د. تمار ربيعة – ألمانيا. برلين

تنسيق : د. ليلى شيباني

رقم تسجيل الكتاب: VR.3383-66863.B

الطبعة الأولى

2025م

